

GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

MANAGEMENT OF NURSING CARE IN PRESSURE INJURY PREVENTION

Rhea Sílvia de Avila Soares¹, Thaís Dresch Eberhardt², Suzinara Beatriz Soares de Lima³, Paulo Jorge Alves⁴

Como citar: Soares RSA, Eberhardt TD, Lima SBS, Alves PJ. Gerenciamento do cuidado de enfermagem na prevenção de lesões por pressão. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3):157-9.

O gerenciamento do cuidado de lesões por pressão (LP) implica no adequado manejo dos múltiplos fatores que estão relacionados na etiologia e fisiopatologia das LPs, uma vez que ainda é necessário o desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências sobre o complexo desenvolvimento destas lesões.¹

Recentemente, no ano de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, redefiniu o conceito de LP. Desta forma, as úlceras por pressão passam a ser chamadas de lesões por pressão e definidas como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes. Normalmente, este dano acontece sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.²

Também, é importante destacar que, neste novo conceito, a lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e ocorre quando há pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Ainda, o microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e a própria condição do tecido mole podem influenciar sua tolerância à pressão e ao cisalhamento.²

O desenvolvimento das LPs está fortemente atrelado aos fatores extrínsecos, destacando a pressão como fator mais importante.³ No entanto, pesquisas recentes^{1,4-9} têm revelado que pressão, cisalhamento e microclima também têm papéis relevantes e que existem relações significativas e complexas entre estes fatores.

Atualmente, percebe-se que há cada vez mais evidências de que as condições termodinâmicas da pele influenciam o desenvolvimento de LP⁵, o que provocou crescente utilização do termo microclima, presente no atual conceito de LP.

REVISA

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil. rheasilviasoares@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil. thaiseberhardt@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil. suzibsl@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Universidade Portuguesa. Porto, Portugal. pjalves@porto.ucp.pt

Recebido: 30/03/2018
Aceito: 15/04/2018

O microclima da pele se refere à temperatura da superfície da pele ou tecidos e as condições de umidade na superfície pele na interface com a superfície de suporte.¹ Os efeitos dos parâmetros do microclima na prevenção de LP têm sido estudados nos últimos anos^{1,5,6}.

É importante destacar que por muito tempo as pesquisas sobre LP se dedicaram a estudar a pressão e a isquemia para desenvolver ações de prevenção e tratamento. No entanto, as evidências atuais indicam que o uso de tecnologias, como os dispositivos/curativos para prevenir LP, devem ser investigados fornecendo informações importantes acerca do microclima da pele.¹⁰

Percebe-se que mudanças no microclima da pele podem afetar a capacidade do corpo para resistir aos efeitos de fatores extrínsecos, como a pressão e cisalhamento. Logo, essas alterações podem alterar a tolerância dos tecidos, favorecendo o desenvolvimento de LP.¹

Assim, a *expertise* clínica individual do enfermeiro, somada às evidências científicas disponíveis para o gerenciamento do cuidado ao paciente em risco de desenvolver LP, são ações que buscam contribuir para práticas de saúde seguras, sobretudo se traduzidas em termos de futuros ganhos para saúde das pessoas, alvo de atenção e intervenção dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. London: Wounds International; 2010.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury [Internet]. 2016 [cited 2016 Out 9]. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel/Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media; 2014.
4. Yoshimura M, Nakagami G, Iizaka S, Yoshida M, Uehata Y, Kohno M, et al. Microclimate is an independent risk factor for the development of intraoperatively acquired pressure ulcers in the park-bench position: A prospective observational study. Wound Repair Regen. 2015 Nov-Dec;23(6):939-47.

5. Gefen A. How do microclimate factors affect the risk for superficial pressure ulcers: a mathematical modeling study. *J Tissue Viability*. 2011 Aug;20:81-8.
6. Farid KJ, Winkelman C, Rizkala A, Jones KR. Using temperature of pressure-related intact discolored areas of skin to detect Deep Tissue Injury: an observational, retrospective, correlational study. *Ostomy Wound Manage*. 2012 Aug;58(8):20-31.
7. Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, Dai M, Iuchi T, Rahman S, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *Int Wound J*. 2015 Feb;12(1):40-6.
8. Källman U, Engstrom M, Bergstrand S, Ek AC, Fredrikson M, Lindberg LG, et al. The effects of different lying positions on interface pressure, skin temperature, and tissue blood flow in nursing home residents. *Biol Res Nurs*. 2015 Mar;17(2):142-51.
9. Lachenbruch C, Tzen YT, Brienza D, Karg PE, Lachenbruch PA. Relative contributions of interface pressure, shear stress, and temperature on ischemic-induced, skin-reactive hyperemia in healthy volunteers: a repeated measures laboratory study. *Ostomy Wound Manage*. 2015 Feb;61(2):16-25.
10. Call, E. Microclimate Impact of Prophylactic Dressings Using In Vitro Body Analog Method. *Wounds*. 2013; 25 (4): 94 -103.

A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA OS IDOSOS COMO INSTRUMENTO PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE

THE IMPORTANCE OF LIVING GROUPS FOR THE ELDERLY AS INSTRUMENT FOR HEALTH MAINTENANCE

Líliá Lopes Schoffen¹, Walquíria Lene dos Santos²

Como citar:

Schoffen LL, Santos WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 160-70.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a importância dos grupos de convivência para idosos. Especificamente, objetivou-se conhecer as razões que levam o idoso a participar dos grupos de convivência; conhecer as atividades proporcionadas pelos grupos de convivência de idosos. Conhecer o grau de satisfação com a saúde relatada pelos idosos participantes dos grupos de convivência. O estudo sob relato é uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quanti qualitativa. A população em estudo foi composta por um grupo de 15 pessoas com 60 anos ou mais que frequentam serviços ligados a uma faculdade privada do estado de Goiás e grupos de convivência onde a faculdade tem inserção. Os depoimentos revelaram a necessidade dos idosos se manterem inseridos socialmente, pois envelhecer de maneira saudável é não ter apenas uma boa saúde, mas são vários fatores que contribuem para se sentirem ativos. Os grupos podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia, na melhora da autoestima, na resiliência e diminuindo a vulnerabilidade.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Envelhecimento.

ABSTRACT

We aimed to know the importance of living groups for the elderly. Specifically, we assessed the reasons that lead the elderly to participate in the coexistence groups; To know the activities provided by the groups of coexistence of the elderly. To know the degree of satisfaction with the health reported by the elderly participants of the coexistence groups. This study is an exploratory, descriptive study with a quantitative qualitative approach. The study population consisted of 15 people aged 60 and over who attend in a private faculty from Goiás state and groups of coexistence where the faculty has an insertion. The testimonies revealed the need for the elderly to stay socially inserted, because aging in a healthy way is not only good health, but several factors contribute to feel active. The groups can function as a support network that mobilizes people in the quest for autonomy, in improving self-esteem, in resilience and reducing vulnerability.

Descriptors: Nursing; Aged; Aging

REVISA

¹ Farmacêutica. Acadêmica de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
walquiria@senaaires.com.br

Recebido: 02/06/2018
Aprovado: 12/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

O número de idosos vem aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo. É necessária preparação para cuidar destes idosos.¹ As pesquisas vêm demonstrando que existem dificuldades ou impedimentos no acesso dos idosos aos serviços básicos de saúde decorrentes de entraves geográficos, econômicos, sociodemográficos, culturais e funcionais.²

O acelerado crescimento progressivo da população idosa promove mudanças no perfil epidemiológico do país e causa grandes despesas em tratamentos médicos e hospitalares, pois o idoso consome mais serviços de saúde, o que desperta um desafio para as autoridades sanitárias principalmente em implantar modelos e métodos para o enfrentamento do problema.³

Nesse sentido, os grupos de convivência surgem como contribuição para envelhecimento saudável e com qualidade, visto que por meio destes grupos os idosos podem-se interagir e expor suas dificuldades.⁴

Envelhecer é um processo singular, biológico, dinâmico, progressivo e inevitável que sofre influências dos aspectos socioculturais, políticos e econômicos. O trabalho com grupos proporciona autonomia e independência na vida do idoso.⁵

A participação em grupos de convivência pode afastar o idoso da solidão e do isolamento social, promovendo a integração, aumentando a autoestima e melhorando o relacionamento com familiares. A participação em grupos possibilita ainda resgate de valores pessoais, sociais e o suporte social.⁶

Os grupos de convivência têm sido incentivados por todo o Brasil. De maneira geral, inicialmente os idosos buscam, nesses grupos, melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas.⁶

A convivência desenvolvida nos grupos proporciona a vivência compartilhada entre seus membros, o fato de vivenciarem a mesma experiência no cotidiano pode ajudar a descobrirem, em conjunto, estratégias compartilhadas de modificar a realidade.⁷

Objetivo Geral deste estudo foi Conhecer a importância dos grupos de convivência para idosos. Objetivos Específicos: Conhecer as razões que levam o idoso a participar dos grupos de convivência; Conhecer as atividades proporcionadas pelos grupos de convivência de idosos. Conhecer o grau de satisfação com a saúde relatada pelos idosos participantes dos grupos de convivência.

MÉTODOS

O estudo sob relato é uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quanti qualitativa, desenvolvido em uma instituição privada localizada em um município de Goiás/GO no centro-oeste do Brasil.

A população em estudo foi composta pelos idosos que participam do Programa Melhor Idade desenvolvido na referida instituição, com 60 anos ou mais. O Programa Melhor idade objetiva desenvolver no aluno a convivência com os idosos, participante e desenvolvendo atividades lúdicas e promovendo a educação para a saúde. Os critérios para fazer parte da amostra foram: Participar do programa Melhor Idade, participar de algum grupo de convivência para terceira idade e possuir condições cognitivas para responder a entrevista.

O material foi coletado por meio de entrevistas, realizadas durante os

eventos do programa Melhor Idade, agrupando-as em temas ou perspectivas de investigação, escolhidas a partir de categorias de análise concernentes ao referencial teórico.

Foi elaborado um questionário especificamente para este estudo, contendo informações que abordam aspectos voltados para influencia dos grupos para os idosos.

Junto ao questionário foi preenchido o termo de consentimento livre e esclarecido, onde o pesquisador informou e esclareceu sobre os métodos e objetivos da pesquisa discorrendo sobre riscos e benefícios, além disso, é direito do participante de recusar-se a fazer parte do projeto, ressaltando ainda que a pesquisa será feita com adultos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado aos membros do CEP apresentando parecer consubstanciado de aprovação.

O presente artigo foi realizado por meio de um estudo de caráter quantitativo e descritivo, utilizando como instrumento para coleta de dados um questionário com as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, a importância dos grupos de convivência para idosos.

A pesquisa foi realizada nas dependências da instituição supracitada. Os dados foram coletados após a aprovação do estudo pelo Comitê de ética e pesquisa. Os indivíduos que participaram deste estudo são participantes que tiverem idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos e que participam do Programa Melhor Idade.

Os critérios de inclusão adotados foram ter idade igual ou superior a 60 anos não tendo idade limite superior desde que o mesmo tenha condições para responder ao questionário e que concorde em participar do estudo e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não concordarem em assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aqueles que não tenham condições para responder ao questionário.

Após a coleta de dados foram expressos em planilhas para realização do método de estatística simples com variáveis qualitativas e quantitativas para obtenção dos percentuais. Foram então geradas tabelas e gráficos para a estruturação de gráficos e tabelas e discussão dos resultados. Os dados serão apresentados para a secretaria municipal de saúde de Valparaíso. Os dados serão apresentados para os participantes do programa. Este estudo obedeceu às exigências da Resolução 466/2012 e outras normas e resoluções do CONEP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1- Perfil dos idosos participantes do Programa Melhor Idade. Goiás, 2018.

RENDA		
Descrição	N	%
Menor que 1 salário mínimo	4	26,6%
1 a 3 salários mínimos	8	53,4%
4 a 6 salários mínimos	3	20%
Acima de 6 salários mínimos	-	-
Total	15	
NÚMEROS DE FILHOS		
Descrição	N	%
Nenhum	1	6,6%
1 filho	1	6,6%
2 filhos	5	33,3%

3 ou mais	8	53,5%
Total	15	100%
ESTADO CIVIL		
Descrição	N	%
Casada (o)	4	26,6%
Estável (o)	-	-
Solteira (o)	1	6,6%
Viúva (o)	4	26,6%
Desquitada (o)	5	33,6%
Separada (o)	1	6,6%
Total	15	100%
TEMPO NO GRUPO		
Descrição	N	%
Meses	1	6,6%
1 ano	-	-
2 anos	-	-
3 ou mais anos	12	80%
Não respondeu	2	13,4%
Total	15	100%
OCUPAÇÃO ATUAL		
Descrição	N	%
Do lar	4	26,6%
Aposentada (o)	8	53,4%
Autônoma (o)	1	6,6%
Outros	2	13,4%
Total	15	100%

Dos 15 idosos da pesquisa, 14 eram do sexo feminino - com idade igual ou acima de 60 anos. E quando questionados sobre a renda; 8 pessoas responderam que recebiam entre 1 (um) e 3 (três) salários mínimos (53,3%), quando questionados sobre o número de filhos; 8 pessoas responderam que tinham 3 ou mais filhos (53,3%); quando questionados sobre o estado civil; 5 pessoas responderam que são desquitados (33,0%), quando questionados sobre o tempo que frequentam o grupo; 12 pessoas responderam que frequentavam há 3 ou mais anos (80,0%) e quando questionados sobre a ocupação atual; 8 pessoas responderam que estavam aposentadas (53,3%).

Antigamente as famílias eram grandes. Todo mundo morava perto e as mulheres não trabalhavam, numa fase da vida cuidavam dos filhos, na outra, dos pais, dos tios, sogros. Mas essa realidade mudou. Hoje, mais de quatro milhões de brasileiros idosos moram sozinhos, convivendo em grupos.^{8,9}

Assim como em outros países do mundo, o Brasil tem acompanhado a tendência de transição demográfica. As taxas de fecundidade ou natalidade têm reduzido significativamente e os avanços na qualidade de vida, saúde e educação têm proporcionado uma expectativa de vida maior, fazendo com que a população brasileira se torne mais velha.¹⁰

Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está sendo acompanhado por um período prolongado de boa saúde, existem poucas evidências sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais tinham com a mesma idade.⁸

A expectativa de vida aumentou e atualmente, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), subiu para 75,2 anos.¹¹

No fim do século XVI, a velhice era considerada como algo inusitado, vista com entusiasmo e sinal de progresso e avanço. A longevidade era tão

singular que as pessoas, querendo parecer mais velhas, mentiam a idade. A idade traduz-se como algo extraordinário. Porém, com o avanço da medicina, da infraestrutura e da nutrição, esse quadro mudou: a população quer parecer jovem. Parece argumentar que envelhecer não é doença e que continua sendo sinônimo de progresso. O Brasil tem chances de ser, em breve, o país com o maior número de idosos no mundo e que tem como dever buscar atender ao desejo deles de viverem com independência e autonomia.¹²

Tabela 2- A influência da participação dos idosos em grupos de convivência. Goiás, 2018.

RAZÕES QUE LEVAM O IDOSO A PARTICIPAR DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA.		
Descrição	N	%
Saúde física e mental (qualidade de vida)	9	47,4%
Socializar	9	47,4%
Não participa de grupos	1	5,2%
Total	19	100%
MUDANÇAS PERCEBIDAS PELAS PESSOAS APÓS SUA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO.		
Descrição	N	%
Não respondeu	3	18,7%
Mais sadia (o)	4	25%
Mais alegre e disposta	9	56,3%
Total	16	100%
ATIVIDADES PROPORCIONADAS PELOS GRUPOS DE IDOSOS		
Descrição	N	%
Não respondeu	3	13,3%
Atividades físicas (alongamento, caminhada, dança, hidroginástica, musculação)	10	43,4%
Atenção à saúde	1	4,3%
Informática	2	8,6%
Passeios	3	13,2%
Palestras	3	13,2%
Pintura em tela	1	4,3%
Total	23	100%
O QUE É ESTAR EM UM GRUPO DE IDOSOS?		
Descrição	N	%
Não respondeu	2	7,4%
É me sentir acolhida (o)	2	7,4%
É fazer amizade	8	29,7%
É melhorar a saúde física e mental	5	18,5%
É sentir um bem estar e alegria	10	37%
Total	27	100%

A partir dos anos 70, os grupos de convivência de idosos se multiplicaram por todo o país, em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e universidades. Esse tipo de iniciativa se justifica pelo crescimento da população idosa, um fenômeno mundial.¹³

Os depoimentos revelaram a necessidade dos idosos se manterem inseridos socialmente, pois envelhecer de maneira saudável é não ter apenas uma boa saúde, mas são vários fatores que contribuem para se sentirem ativos. Os grupos podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia, na melhora da autoestima, na resiliência e diminuindo a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos

que possibilitam a inclusão social.¹⁴

Por tanto, quando questionados sobre as razões que levam o idoso a participar dos grupos de convivência: 9 pessoas responderam que buscam por saúde mental e física (47,3%), 1 pessoa respondeu que não participa de grupos de convivência (5,2%); quando questionados sobre as mudanças percebidas pelas pessoas após sua participação no grupo: 9 pessoas responderam que foi em relação a estarem mais alegres (56,2%), 3 pessoas não responderam (18,7%); quando questionados sobre as atividades proporcionadas pelos grupos de idosos: 10 pessoas responderam que buscavam atividades físicas (43,4%), 1 pessoa respondeu buscar atenção à saúde (4,3%) 1 pessoa respondeu buscar pintura em tela (4,3%) e quando questionados sobre o que é estar em um grupo de idosos: 10 pessoas responderam que era sentirem bem estar e alegria (37,03%). 2 pessoas não responderam (7,4%) e 2 pessoas responderam que sentem acolhidas (7,4%). Ter grupo de referência, em que se possam compartilhar alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, propicia aos idosos suporte emocional e motivação para que tenham objetivos na vida.¹⁵

Uma maneira de minimizar os impactos desses fatos é o envolvimento com atividades que revelem novas capacidades, que tragam realização pessoal e novos contatos sociais.¹⁶

Nos grupos, ocorre uma ação pedagógica e, ao mesmo tempo, terapêutica, favorecendo a Promoção da Saúde que tem, dentre suas características, potencializar competências para superar dificuldades, capacidade de ampliar a consciência e promover, assim, a transformação de atitudes perante a situação de saúde-doença.¹⁷

Nesse sentido, Os grupos de convivência para a população idosa caracterizam-se como espaços sociais, onde são desenvolvidas atividades que exploram o potencial dos idosos, que contribuem para que eles exerçam seu papel na sociedade, onde há sempre a companhia de alguém para escutá-los, fazendo com que os relacionamentos sejam estreitados por meio de diversos momentos de lazer.¹⁸

Quando a vontade do idoso e o saber construído durante sua vivência são respeitados, o idoso percebe que sua sabedoria é considerada e encontra, então, um significado maior para sua existência. Essas atitudes de compreensão e amor confortam o idoso, pois existe o reconhecimento de sua singularidade e cidadania.¹⁹

O envelhecimento começa desde a nossa concepção através de um processo degradativo e progressivo diferencial que afeta todos os seres vivos. De acordo com as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociológicas variam dentre os indivíduo, causando limitações às atividades de vida do idoso. No envelhecimento as alterações fisiológicas acarretam em mudanças no aparelho locomotor devido a perda da massa muscular, perda do equilíbrio corporal, diminuição da massa óssea, perda da visão e audição e desidratação, diminuindo as atividades físicas do idoso no dia a dia. Tornando-o mais frágil, causando risco de queda e comprometendo sua qualidade de vida.²⁰

Em uma época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos à mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está se acelerando rapidamente em todo o mundo. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos. As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e para os trabalhadores de saúde serão profundas.²¹

A teoria Life-Span, ou teoria do ciclo vital, tem sido bastante utilizada em diversas pesquisas, por conceituar que o desenvolvimento humano acontece durante toda a vida e isso auxilia no processo de desvinculação da

velhice com um período de perdas e decadências. Assim, o processo de desenvolvimento é flexível, deixa de ser um período de crescimento e posterior declínio, passando a se acreditar que é possível se haver crescimento ao longo de toda a vida. Essa teoria foi elaborada dentro de um panorama multidisciplinar entrelaçando biologia, antropologia e sociologia para que fosse possível ter uma visão completa do processo de envelhecimento, sendo possível estudar o desenvolvimento psicológico. O desenvolvimento pode acontecer em qualquer fase da vida, as pessoas podem se adaptar, adquirir novas habilidades durante toda a vida. Na velhice, assim como em qualquer etapa da vida, deve haver um equilíbrio entre os ganhos e as perdas.¹⁸

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde responde a esses desafios ao recomendar mudanças igualmente profundas na maneira de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo. O relatório baseia suas recomendações na análise das mais recentes evidências a respeito do processo de envelhecimento, e observa que muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados.²⁰

Em vez de passar anos extras de outras maneiras, as pessoas estão pensando em talvez estudar mais, em ter uma nova carreira ou buscar uma paixão há muito negligenciada. Além disso, conforme as pessoas mais jovens esperam viver mais tempo, elas também podem realizar planejamentos diferentes, por exemplo, de iniciar suas carreiras mais tarde e passar mais tempo no início da vida para criar uma família. Contudo, a amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá muito de um fator fundamental: saúde. Se as pessoas vivem esses anos extras de vida com boa saúde, sua capacidade de realizar as tarefas que valorizam será um pouco diferente em relação a uma pessoa mais jovem. Se esses anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade é muito mais negativa.²¹

O Brasil tem chances de ser, em breve, o país com o maior número de idosos no mundo e que tem como dever buscar atender ao desejo deles de viverem com independência e autonomia. No entanto, temos aqui a tradução de um envelhecimento bastante problemático, um idoso desejante por autonomia e independência diante de um país que não o potencializa.²²

Antigamente as famílias eram grandes. Todo mundo morava perto e as mulheres não trabalhavam, numa fase da vida cuidavam dos filhos, na outra, dos pais, dos tios, sogros. Mas essa realidade mudou. Hoje, mais de quatro milhões de brasileiros idosos moram sozinhos. [...] Os velhinhos não querem ficar com ninguém e também não querem ninguém com eles. Os filhos nessas horas ficam divididos. O que é melhor, respeitar os pais e fazer a vontade deles ou pensar em primeiro lugar na segurança e forçar o idoso a fazer o que ele não quer? Às vezes a família, com o intuito de ajudar bastante, acaba querendo tomar as decisões que o idoso tomaria, decide pelo idoso. A melhor coisa a se fazer é perguntar para o idoso 'o que ele prefere fazer?'²⁰

Atualmente, uma forte tendência de exaltação à busca de bem-estar, felicidade, saúde e uma vida perfeita. Em matéria do site Extra, especialistas afirmam que “cuidar não só do corpo, mas também da mente, e procurar acompanhar o mundo moderno parece ser a chave para a felicidade na terceira idade”. A reportagem continua descrevendo a fala de Duarte, médico do Centro de Medicina Nuclear da Guanabara e mestre em saúde pública: “o idoso tem que se atualizar, seja em relação à música, tecnologia ou política. Quem não se integra aos avanços se sente isolado, o que gera um estado de não adaptação que pode ser confundido com depressão”.¹⁵

A comunidade tem seu papel de valorização na saúde e nos relacionamentos e atividades sociais, a fim de proporcionar sentido para as suas vidas, e fazem com que se lembrem da importância de se dar vida aos

dias e não dias à vida.¹⁶

Tabela 3- Percepção de saúde dos idosos do Programa Melhor Idade. Goiás, 2018.

SATISFAÇÃO COM A SAÚDE		
Descrição	N	%
Precisando melhorar	2	13,3%
Boa	9	60%
Muito boa	4	26,7%
Total	15	100%
SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA		
Descrição	N	%
Não respondeu	2	12,5%
Ter saúde	5	31,2%
Sentir alegria	2	12,5%
É tudo que me faz bem	4	25%
É se sentir bem e com a família	2	12,5%
É realizar sonhos	1	6,3%
Total	16	100%
SATISFAÇÃO COM A VIDA		
Descrição	N	%
Boa, mas precisando melhorar	1	6,6%
Satisfeita (o)	3	20%
Muito satisfeita (o)	11	73,4%
Total	15	100%
IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES SOCIAIS E DE LAZER PARA QUALIDADE DE VIDA.		
Descrição	N	%
Não respondeu	2	13,3%
Importante	3	20%
Muito importante	10	66,7%
Total	15	100%
IMPORTÂNCIA DA SUA INCLUSÃO NO GRUPO MELHOR IDADE FACESA.		
Descrição	N	%
Importante	7	46,6%
Muito importante	8	53,4%
Total	15	100%

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar psicológico, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios.⁷

Nos grupos, ocorre uma ação pedagógica e, ao mesmo tempo, terapêutica, favorecendo a Promoção da Saúde que tem, dentre suas características, potencializar competências para superar dificuldades, capacidade de ampliar a consciência e promover, assim, a transformação de atitudes perante a situação de saúde-doença.²⁰

Quando questionados sobre a satisfação com a saúde: 9 pessoas responderam que a saúde estava boa (60,0%), 2 pessoas responderam que a saúde precisava melhorar (13,0%); quando questionados sobre o significado de qualidade de vida: 5 pessoas responderam que era ter saúde (31,2%), 1 pessoa respondeu que era realizar sonhos (6,2%); quando questionados sobre a satisfação com a vida: 11 pessoas responderam estarem muito satisfeita (73,3%), 1 pessoa respondeu está boa, mas precisando melhorar (6,6%); quando questionados sobre a importância das atividades sociais e de lazer

para qualidade de vida: 10 pessoas responderam ser muito importante (66,6%), 2 pessoas não responderam (13,3%) e quando questionados sobre a importância da sua inclusão no grupo melhor idade FACESA: 8 pessoas responderam ser muito importante (53,3%) e 7 pessoas responderam ser importante (46,6%).

As redes de relações são importantes fontes de suporte social e estão relacionadas ao senso de bem-estar. Do mesmo modo, o nível de satisfação dos idosos na convivência com outras pessoas pode aumentar de intensidade no decorrer da vida, melhorando a qualidade de vida.⁷

Segundo relato, no Brasil, os grupos de convivência de idosos teve início em 63 no Serviço Social do Comércio (SESC) / Carmo, em São Paulo. A partir dos anos 70, os grupos de convivência de idosos se multiplicaram por todo o país, em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e universidades. A partir dos anos 70, os grupos de convivência de idosos se multiplicaram por todo o país, em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e universidades. Esse tipo de iniciativa se justifica pelo crescimento da população idosa, um fenômeno mundial. Estimativas apontam que, até 2050, haverá um idoso em cada cinco brasileiros. Os números demonstram a necessidade de políticas para garantir um envelhecimento ativo, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), requer participação, saúde e segurança.¹⁷

Para situar a construção da cidadanização da velhice destaca-se quatro paradigmas de políticas elaborados a partir da história social e política: o filantrópico, o securitário, o da seguridade e o do envelhecimento ativo. O tipo filantrópico de atenção a pessoas idosas por meio de asilos para os pobres, a exemplo da Sociedade de São Vicente de Paulo, pautava-se pelo *compassionate ageism*, ou seja, pela caridade, com apoio religioso.¹⁸

A construção da cidadania moderna rompe com o modelo filantrópico de cuidado asilar. Com a industrialização, a política dominante para a velhice pressupõe o mercado e a articulação do Estado com as exigências do trabalho no capitalismo. Assim se estrutura a política do seguro pré-pago por meio de contribuições obrigatórias. Os seguros foram formas de extrair a poupança para um fundo público ou privado que mantivesse a renda na velhice, o que só foi possível com o assalariamento e o seguro obrigatório, objeto de debates na perspectiva do liberalismo. A seguridade social, a partir de 1988, integra e articula a saúde (universal e não contributiva) com a previdência (contributiva) e a assistência social (inclusiva, para quem dela necessitar). O paradigma do envelhecimento ativo e participativo se explicita no Estatuto do Idoso de 2003 e torna-se, em 2013, uma proposta de política pública nacional.¹⁸

No Brasil, houve um processo político complexo de mudança do Estado denominado liberal dos anos 1920 para um Estado de proteção restrita, sem inclusão dos trabalhadores rurais (1930-1945), que prosseguiu até 1971. Com Vargas, o seguro previdenciário foi sendo implantado por categorias profissionais, com contribuições dos trabalhadores, dos patrões e do Estado. É o modelo securitário da velhice.¹⁸

Durante a Ditadura Militar, foram implementados a Renda Mensal Vitalícia, para os muito pobres, e o Fundo de Previdência Rural (Funrural), para os trabalhadores rurais. O valor de ambos os benefícios era de meio salário mínimo (SM). Isto vigorou até 1988, quando a Constituição implementou o paradigma da seguridade social (previdência pré-paga, saúde universal e assistência social a quem dela necessitar) e também o acesso universal à educação fundamental.¹⁸

Por sua vez, o Serviço Social do Comércio (Sesc), entidade patronal financiada pelos trabalhadores e consumidores, introduziu no país, a partir de 1963, atividades de centros de convivência voltados para trabalhadores do comércio, abertos a idosos e fora do âmbito filantrópico, religioso ou estatal.

As atividades físicas para idosos iniciaram-se em 1974, em Campinas, São Paulo, contrariando preconceitos. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1975, passou a apoiar os centros de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento desse instituto. O primeiro encontro estadual de idosos em São Paulo, em 1979, contou com 750 participantes das unidades do Sesc, com trocas de experiência. Essas iniciativas mostram as dinâmicas institucionais para a inclusão das pessoas idosas.⁸

Segundo relato, no Brasil, os grupos de convivência de idosos teve início em 63 no Serviço Social do Comércio (SESC) / Carmo, em São Paulo. A partir dos anos 70, os grupos de convivência de idosos se multiplicaram por todo o país, em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e universidades. A partir dos anos 70, os grupos de convivência de idosos se multiplicaram por todo o país, em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e universidades. Esse tipo de iniciativa se justifica pelo crescimento da população idosa, um fenômeno mundial. Estimativas apontam que, até 2050, haverá um idoso em cada cinco brasileiros. Os números demonstram a necessidade de políticas para garantir um envelhecimento ativo, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), requer participação, saúde e segurança.¹⁷

Para situar a construção da cidadanização da velhice destaca-se quatro paradigmas de políticas elaborados a partir da história social e política: o filantrópico, o securitário, o da seguridade e o do envelhecimento ativo. O tipo filantrópico de atenção a pessoas idosas por meio de asilos para os pobres, a exemplo da Sociedade de São Vicente de Paulo, pautava-se pelo *compassionate ageism*, ou seja, pela caridade, com apoio religioso.¹⁸

A construção da cidadania moderna rompe com o modelo filantrópico de cuidado asilar. Com a industrialização, a política dominante para a velhice pressupõe o mercado e a articulação do Estado com as exigências do trabalho no capitalismo. Assim se estrutura a política do seguro pré-pago por meio de contribuições obrigatórias. Os seguros foram formas de extrair a poupança para um fundo público ou privado que mantivesse a renda na velhice, o que só foi possível com o assalariamento e o seguro obrigatório, objeto de debates na perspectiva do liberalismo. A seguridade social, a partir de 1988, integra e articula a saúde (universal e não contributiva) com a previdência (contributiva) e a assistência social (inclusiva, para quem dela necessitar). O paradigma do envelhecimento ativo e participativo se explicita no Estatuto do Idoso de 2003 e torna-se, em 2013, uma proposta de política pública nacional.¹⁹

No Brasil, houve um processo político complexo de mudança do Estado denominado liberal dos anos 1920 para um Estado de proteção restrita, sem inclusão dos trabalhadores rurais (1930-1945), que prosseguiu até 1971. Com Vargas, o seguro previdenciário foi sendo implantado por categorias profissionais, com contribuições dos trabalhadores, dos patrões e do Estado. É o modelo securitário da velhice.¹⁰

Durante a Ditadura Militar, foram implementados a Renda Mensal Vitalícia, para os muito pobres, e o Fundo de Previdência Rural (Funrural), para os trabalhadores rurais. O valor de ambos os benefícios era de meio salário mínimo (SM). Isto vigorou até 1988, quando a Constituição implementou o paradigma da seguridade social (previdência pré-paga, saúde universal e assistência social a quem dela necessitar) e também o acesso universal à educação fundamental.¹¹

Por sua vez, o Serviço Social do Comércio (SESC), entidade patronal financiada pelos trabalhadores e consumidores, introduziu no país, a partir de 1963, atividades de centros de convivência voltados para trabalhadores do comércio, abertos a idosos e fora do âmbito filantrópico, religioso ou estatal. As atividades físicas para idosos iniciaram-se em 1974, em Campinas, São

Paulo, contrariando preconceitos. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1975, passou a apoiar os centros de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento desse instituto. O primeiro encontro estadual de idosos em São Paulo, em 1979, contou com 750 participantes das unidades do SESC, com trocas de experiência. Essas iniciativas mostram as dinâmicas institucionais para a inclusão das pessoas idosas.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa confirmam os benefícios gerados pelos grupos de convivência para idosos que, buscam uma vida com mais autonomia e qualidade.

O incentivo a algumas mudanças de hábitos e atitudes intensificam a busca por resultados positivos para um envelhecimento sadio e ativo.

Neste contexto, o desenvolvimento de atividades físicas, lúdicas e educativas proporcionadas pelos grupos, contribui tanto para a interação social dos idosos quanto para o aprimoramento de suas habilidades intelectuais. Isso também os torna mais esclarecidos sobre como lidar e melhorar os cuidados com sua saúde e suas limitações.

Proporcionar ao idoso um melhor convívio familiar, social e principalmente o bem-estar emocional e físico são fatores que intensificam a participação dos idosos em grupos de convivência.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Therapeutic factors in a group of health promotion for the elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6): 1352-8.
2. Silva JRG, Galdino MNAS, Bezerra ALD, Sousa MNA. Direito à saúde: revisão integrativa da literatura sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. *Rev Eletr Fainor*. 2013; 5(1): 25-42.
3. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):612-7
4. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev Geriatr gerontol*. 2012; 15(3): 481-92.
5. Gonçalves KDS, Bielemann MC, Machado VL. Grupos Com Idosos: Estratégia Para (Re) Orientar o cuidado em Saúde. *Rev Conexão UEPG*. 2013;9(2):218-225.
6. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(8): 2087-93.
7. Wichmann FMA, Couto N.A, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(4):821-32.
8. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Global population ageing: peril or promise. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2015.
9. Combinato DS, Vecchia M D, Lopes EG, Manoel RA, Marino HD. Oliveira ACS, Silva KF. “Grupos de conversa”: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicol Soc*. 2010; 22 (3): 558-68.
10. Nobre JCA, Oliveira IRS, Oliveira TBMAA, Souza LR, Silva RR. O envelhecimento na atualidade: uma controvertida produção coletiva. *Cad UniFOA*. 2017; 12(33): 69-86.
11. Santos NF, Silva MRF. As Políticas públicas voltadas para o idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Rev FSA*. 2013; 10(2):358-71.
12. Ferreira MRRP, Nogueira SM. UEG Campus Ceres - GO (Saúde) Alterações fisiológicas do envelhecimento e queda em idosos: Revisão sistemática - II Simpósio de pesquisa e extensão de Ceres e Vale de São Patrício, 04 a 07 de Novembro de 2014.
13. Costa SM, Ramos MTO, Santana KA, Mandai SSR. Envelhecer e qualidade de vida: uma

revisão bibliográfica. E-RAC. 2013; 3(1): 143-95.

14. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

15. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(8): 2087-93.

16. Silva HS, Gutierrez BA. Dimensões da Qualidade de vida de Idosos, Moradores de rua de São Paulo. Rev Saúde Soc. 2013; 1:148-59.

17. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016.

18. OMS. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde; 2005. Disponível em: <<http://www.dgeep.mtss.gov.pt>>. Acesso em: 04 ago 2017.

19. Gonzalez, L.M.B., Seidl, E.M.F. Envelhecimento ativo e apoio social entre homens participantes de um Centro de Convivência para Idosos. Rev Kairós Gerontol. 2014; 17(4):119-39.

20. Stotz EM, David HMSL. Educação popular e saúde. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole; 2013.p.75-103.

21. Andrade NA, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB, Adami F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras - PB. Rev bras geriatr gerontol; 2014; 17(1):39-48.

22. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 02 ago 2017.

LEUCOPENIA E TROMBOCITOPENIA NO DIAGNÓSTICO DA DENGUE

LEUKOPENIA AND THROMBOCYTOPENIA DIAGNOSIS FOR DENGUE

Bruno Rafael Sousa Barbosa¹, Antônio Marmoro de Caldeira Júnior².

Como citar:

Barbosa BFS, Caldeira-Júnior AM. Leucopenia e trombocitopenia no diagnóstico da dengue. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 171-81.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo demonstrar as alterações encontradas nos hemogramas com o binômio leucopenia, trombocitopenia e usar o valor como suporte ao diagnóstico da doença em casos que seria difícil ou impossível a realização do exame específico para dengue o NS1. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem de caráter quantitativo e qualitativo. Foram analisados 88 hemogramas de pacientes com resultado de pesquisa de antígeno NS1 positivos obtidos no Centro Clínico e Laboratório Primogênito localizado no Jardim Ingá município de Luziânia GO. Ao termino, deste estudo, concluiu-se, que os resultados demonstraram que o hemograma auxilia no diagnóstico da dengue, mas não substitui a pesquisa do antígeno NS1, para casos recentes e a pesquisa de IgM/IgG para pacientes após o período de uma semana da infecção. Além disso, a realização do hemograma após a confirmação da dengue fornece dados importantes para o acompanhamento da evolução e a cura da doença.

Descritores: Dengue; Leucopenia; Trombocitopenia.

ABSTRACT

Dengue is an arbovirus of endemic and epidemic character, caused by flavivirus virus, Flaviviridae family, transmitted by the mosquito Aedes aegypti. The disease is manifested in a broad spectrum of symptoms that lead to changes in the hemogram parameters. This work aims to demonstrate the changes found in the blood counts with the binomial leukopenia, thrombocytopenia and use the value to support the diagnosis of the disease in cases that would be difficult or impossible to achieve the specific test for dengue NS1. This is a descriptive and exploratory study with quantitative and qualitative approach. We analyzed 88 blood counts of patients with positive result of NS1 antigen test obtained in the Clinical Center and Firstborn located in the Laboratory Garden Inga municipality of Luziânia GO. At the end of this study, it was concluded that the results showed that the blood test aids in the diagnosis of dengue, but does not replace the antigen research NS1 to recent cases and IgM / IgG in patients after the period of one week infection. In addition, the complete blood count after dengue confirmation provides important data for monitoring progress and cure the disease.

Descriptors: Dengue; Leukopenia; Thrombocytopenia.

REVISA

¹ Acadêmico de Farmácia.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires. Goiás,
Brasil.

² Biomédico. Especialista em
Docência do Ensino Superior.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires. Goiás,
Brasil.
antoniomarmoro@yahoo.com.br

Recebido: 12/06/2018
Aprovado: 17/08/2018

INTRODUÇÃO

Transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a dengue é uma doença viral causada pelo vírus *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*, que se espalha rapidamente no mundo. Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, mais com ampliação da expansão geográfica para novos países e, na presente década, para pequenas cidades e áreas rurais. É estimado que 50 milhões de infecção por dengue ocorram anualmente e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas morem em países onde a dengue é endêmica-epidêmica.¹

Na região das Américas, a doença tem se disseminado com surtos cíclicos ocorrendo a cada 3/5 anos. No Brasil, a transmissão vem ocorrendo de forma continuada desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença DEN-1, DEN- 2, DEN-3 e DEN-4.¹

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. A dengue é hoje, a mais importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui-se em um sério problema de saúde pública no mundo especialmente, nos países tropicais e subtropicais onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* principal mosquito vetor.²

A infecção por dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde infecções inaparentes até quadros de hemorragia e choque podendo evoluir para o êxito letal.²

Dengue clássica o quadro clínico é muito variável. A primeira manifestação é a febre alta (39° a 40°), de início abrupto, seguida de cefaleia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbital, náuseas, vômitos, exantema e prurido cutâneo. Hepatomegalia dolorosa pode ocorrer, ocasionalmente desde o aparecimento da febre. Alguns aspectos clínicos dependem, com frequência da idade do paciente. A dor abdominal generalizada pode ocorrer, principalmente em crianças. Os adultos podem apresentar pequenas manifestações hemorrágicas, como petéquias, epistaxe, gengivorragia. A doença tem duração de 5 a 7 dias. Com o desaparecimento da febre, há regressão dos sinais e sintomas, podendo ainda persistir a fadiga.²

Febre hemorrágica da dengue (FHD) os sintomas iniciais são semelhantes aos da dengue clássica, porém evoluem rapidamente para manifestações hemorrágica ou derrames cavitários ou instabilidade hemodinâmica e choque. Os casos típicos de FHD são caracterizados por febre alta, fenômenos hemorrágicos, hepatomegalia e insuficiência circulatória. Um achado laboratorial importante é a trombocitopenia com hemoconcentração concomitante, outra situação comum e a leucopenia. A principal característica fisiopatológica associada ao grau de severidade da FHD é a efusão do plasma, que se manifesta através de valores crescentes do hematócrito e da hemoconcentração. Entre as manifestações hemorrágicas a mais comumente encontrada é a prova do laço positiva. A prova do laço consiste em se obter, através do esfigmomanômetro, o ponto médio entre a pressão arterial máxima e a mínima do paciente mantendo essa pressão por 5 minutos; quando positiva aparecem petéquias sob o aparelho ou abaixo do mesmo. Se o número de petéquias for de 20 ou mais em um quadrado desenhado na pele com 2,3 cm de lado, essa prova é considerada fortemente positiva. Nos casos graves de FHD, o choque geralmente ocorre entre o 3° e 7° dia da doença, precedido por

um ou mais sinais de alerta. O choque é decorrente do aumento da permeabilidade vascular seguido de hemoconcentração e falência circulatória. É de curta duração e pode levar ao óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida após terapia anti-choque apropriada.³

O diagnóstico da dengue baseia-se em achados clínicos e laboratoriais. Entre eles existe a pesquisa do antígeno NS1, que é uma proteína presente na fase inicial da infecção, em altas concentrações no soro do paciente infectado com o vírus da dengue, podendo ser detectado do 1º ao 7º dia após o aparecimento dos sintomas. A pesquisa deste antígeno NS1 é um exame específico para a dengue, e um resultado positivo confirma o diagnóstico da doença. Dessa forma é possível um diagnóstico com maior rapidez, que permitirá uma conduta e tratamento adequados. Por se tratar-se de um exame relativamente recente, ainda não consta na tabela de cobertura dos planos de saúde, estando disponível nesse momento somente para pacientes particulares.⁴

Com a realização da sorologia para dengue, a presença de anticorpos IgG e /ou IgM estabelece um diagnóstico. Entretanto, os anticorpos IgM somente resultarão positivo após 6º dia do aparecimento dos sintomas, e os anticorpos IgG por sua vez, após 15º dia. Dependendo da gravidade da infecção e sua evolução, não é possível aguardar este tempo para que um diagnóstico seja definitivo.⁴

Antes do 6º dia da doença, na falta de alternativas principalmente na rede pública de saúde no Brasil são realizados como exames complementares o hemograma, a contagem de plaquetas, prova do laço e as transaminases, porém tais exames são inespecíficos e muitas das vezes não permitem estabelecer ou descartar um diagnóstico.⁴

Entre os exames laboratoriais mais comuns, o hemograma se mostra um bom aliado no diagnóstico e acompanhamento da evolução da doença, principalmente para os médicos do SUS. São frequentemente encontradas alterações hematológicas cujo aparecem o binômio leucopenia, presença de linfócitos atípicos e trombocitopenia com valores abaixo de 100.000 plaquetas/uL.⁵

O Ministério da Saúde, atento ao avanço da dengue, vem convocando as secretarias estaduais e municipais de saúde para participar do esforço nacional contra a doença em nosso país e, ao mesmo tempo, garantir uma boa assistência aos pacientes na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A adesão das secretarias estaduais e municipais vai refletir diretamente na atuação dos profissionais de saúde, particularmente os médicos cuja a função é orientar as pessoas quanto a controle do vetor e prestar o devido atendimento. Respeitando aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. Abrangendo o protocolo de condutas para diagnóstico e tratamento voltados para as Unidades de Saúde do seu estado ou município.⁶

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo demonstrar as alterações encontradas nos hemogramas com o binômio leucopenia, trombocitopenia e usar o valor como suporte ao diagnóstico da doença em casos que seria difícil ou impossível a realização do exame específico para a dengue o NS1.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem de caráter quantitativo e qualitativo, além de revisão de literatura, em artigos, periódicos, livros e sites da rede mundial de computadores, com o intuito de enriquecer ainda mais este estudo. Nos períodos de 2015-2016, foram selecionados para o estudo 88 hemogramas de indivíduos com suspeita clínica de dengue realizado ainda na fase febril (aguda) da doença, obtidos no Centro Clínico e Laboratório Primogênito, localizado no Jardim Ingá, município de

Luziânia-GO. Esta pesquisa só teve início após a aprovação do estudo pelo comitê de ética da FACESA (Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires), no período de Junho e Julho de 2016. Para tabulação de dados utilizaram-se gráficos e tabelas que foram formulados a partir do Microsoft-Excel 2010.

A amostra foi selecionada no mês de junho no Centro Clínico e Laboratório Primogênito, sob autorização do Dr. Natanael Machado Carneiro CRBM 107. Sendo incluídas no estudo apenas hemogramas analisados de pacientes atendidos no Laboratório Primogênito que apresentaram resultado de pesquisa de antígeno NS1 positivos. Foi requerido ao Comitê de Ética e Pesquisa Com Seres Humanos da Faculdade e Educação Sena Aires a liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução CNS nº466/12.⁷

Tendo em vista que o presente estudo envolve apenas cópias dos exames laboratoriais dos respectivos pacientes citados acima.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa avaliou os resultados dos hemogramas onde as alterações mais frequentes foram leucopenia e trombocitopenia. Algumas alterações apresentaram valor como suporte ao diagnóstico da doença em casos que seria difícil ou impossível a realização do exame sorológico para pesquisa do antígeno NS1 e sua detecção nas referidas Unidades de Saúde da cidade do Jardim Ingá situada no município de Luziânia-GO. A explanação dos resultados foram divididas em 6 domínios para apresentação dos resultados, sendo eles: Indicadores demográficos, indicadores de sazonalidade, indicadores de leucopenia, indicadores de trombocitopenia, indicadores de policitemia e indicadores de outros resultados. Estes domínios foram criados de acordo com os dados apresentados, que estão representadas na forma de tabelas e gráficos, que foram tabuladas no software Microsoft Office Excel 2010, originando a tabelas e gráficos mostrados abaixo:

Tabela 1– Indicadores Demográficos (n=88). Goiás, 2016.

	Variável	Números	%
Idade	Até 18 anos	14	16%
	19 a 35 anos	32	36%
	36 a 45 anos	16	18%
	46 a 65 anos	24	28%
	Acima de 65 anos	02	02%
	Total	88	100%
Sexo	Masculino	52	59%
	Feminino	36	41%
	Total	88	100%

A Tabela 1 mostra os indicadores demográficos, que busca identificar a quantidade, idade, sexo dos pacientes, que totalizaram 88 hemogramas analisados do período de 2015-2016 do Centro Clínico e Laboratório Primogênito situado no Jardim Ingá município de Luziânia-GO. Ao todo foram 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A faixa etária predominante acometida pela doença foi entre 19 e 35 anos com 36%, seguidos pelos 28% com idade entre 46 e 65 anos, assim sendo, trata-se de uma pesquisa com maior parte de participantes em idade adulta, e em escala decrescente com 18% estavam os pacientes entre 36 a 45 anos, seguidos 16% de pacientes entre 0 a 18 anos e por fim apenas 02% com idade superior a 65 anos de idade.

Tabela 2– Indicadores de Sazonalidade (n=88). Goiás, 2016.

	Variável	Números	%
Resultados do ano de 2015.	Novembro de 2015	05	05%
	Dezembro de 2015	08	10%
	Total	13	15%
Resultado do ano de 2016.	Janeiro de 2016	25	28%
	Fevereiro de 2016	50	57%
	Total	88	100%

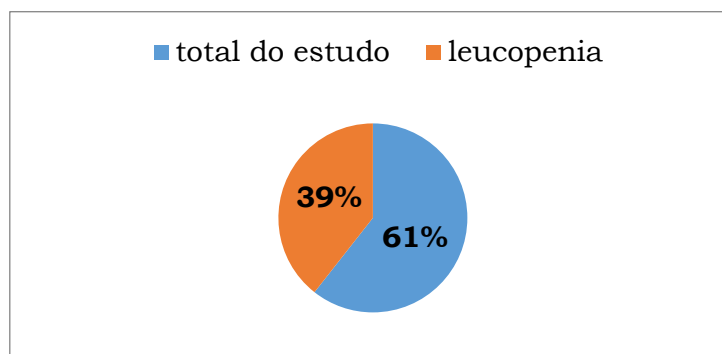
A Tabela 2 mostra um dado importante, que se trata da dinâmica sazonal do vetor da dengue está comumente associada às mudanças e flutuações climáticas que incluem: aumento da temperatura, variações na pluviosidade e umidade relativa do ar, condições estas que favorecem maior número de criadouros disponíveis e consequentemente o desenvolvimento do vetor. Este último apresenta duas fases distintas: aquática, com as etapas de desenvolvimento de ovo, larva e pupa e a terrestre, que corresponde ao mosquito na forma adulta, estando ambas as fases sujeitas às alterações ambientais e meteorológicas.⁸ Como podemos verificar na tabela acima em novembro de 2015 ouve apenas 5% e em dezembro de 2015 10% dos casos. Podemos observar um estudo de forma crescente acompanhando o período de chuvas da região, no mês de janeiro de 2016 esse número sobe para 28% chegando no mês de fevereiro a 57% dos pacientes que estão acometidos pela doença.

Tabela 3 - Indicadores dos Resultados dos Hemogramas (n=88). Goiás, 2016.

	Variável	Números	%
Leucopenia	Positivo	34	39%
Leucopenia e Trombocitopenia	Positivo	26	29%
Leucopenia, Trombocitopenia e Policitemia	Positivo	10	11%
Trombocitopenia	Positivo	06	07%
Outros Resultados	Positivo	12	14%
	Total Geral	88	100%

A Tabela 3- Indicadores dos resultados encontrados nos 88 hemogramas analisados, realizados na fase febril (aguda) da doença. O presente estudo, justifica-se no fato de que na maioria dos hospitais da rede pública não existe o teste específico para a dengue (NS1), o que leva os médicos a iniciar o tratamento, baseando-se em achados de leucopenia e trombocitopenia no hemograma. O que se pretende com este estudo é demonstrar a viabilidade de tal prática. O objetivo é apresentar o perfil laboratorial das alterações hematológicas da dengue na população da cidade do Jardim Ingá município de Luziânia Goiás nos anos de 2015 e 2016. Fornecendo subsídios no diagnóstico e na conduta a ser realizada pelo médico. Observando as alterações encontradas nos hemogramas, e usando o valor como suporte ao diagnóstico e acompanhamento da doença. Os dados da Tabela 3 serão discutidos nas figuras abaixo.

Figura 1 – Indicadores de Leucopenia (n=88). Goiás, 2016.

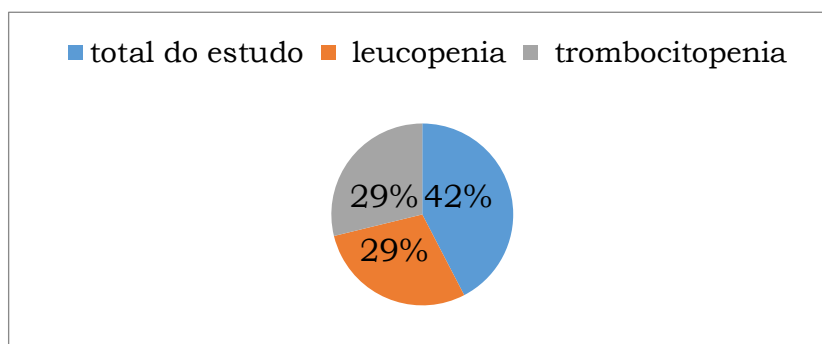


Na Figura 1, observa-se que 39% dos pacientes são acometidos por essa manifestação encontrada nos hemogramas analisados. A definição de leucopenia é (leuco = branco; penia = diminuição) é a redução global do número dos glóbulos brancos no sangue, chamados leucócitos. As taxas globais de leucócitos para homens adultos normais estão entre 4.500 a 10.000 por milímetro cúbico de sangue. Considera-se que há leucopenia quando a pessoa apresenta menos que 4.500 leucócitos por milímetro cúbico de sangue.

A leucopenia não é uma doença, mas a manifestação hematológica de algum transtorno orgânico, crônico ou transitório. Em alguns casos, a leucopenia pode ser apenas uma variação normal relacionada com a época da vida do indivíduo, mas pode também ser sinal de algum problema de saúde. Agentes químicos (medicamentos e outros produtos), físicos (raio x, raios gama, etc.) ou biológicos (vírus, bactérias, etc.) que interfiram na medula podem causar uma diminuição destes glóbulos. De um modo geral, a leucopenia pode ser causada por infecção por vírus ou bactérias, relacionada também ao câncer, quimioterapia ou radioterapia, pelo transplante de medula, esteroides, por fatores genéticos e doenças autoimunes e ao uso de determinados medicamentos para pressão, diabetes e coração relacionados a doenças da terceira idade. Pessoas da raça negra, principalmente, pode apresentar uma leucopenia constitucional normal, sem significação clínica. Em geral, os pacientes com leucopenia não apresentam quaisquer sintomas devidos essa condição, mas suas defesas orgânicas estão muito diminuídas. Na quase totalidade dos casos não há fundamento para maior preocupação porque esses quadros geralmente são benignos e não causam repercussões clínicas nos pacientes.

Os sintomas que acompanham as leucopenias são ocasionados pela doença que esteja causando essa alteração. No caso da dengue a leucopenia pode causar, além de infecções, febre, sonolência e sensação de cansaço. O exame básico para detectar a leucopenia é o hemograma, que mostrará a diminuição da contagem de glóbulos brancos. Constada a leucopenia, impõe-se investigar sua causa, o que exigirá outros exames, como eletroforese das proteínas, fator antinuclear, sorologias etc. Quando há uma leucopenia é importante ver qual dos tipos de leucócitos é responsável por essa alteração. Geralmente, os neutrófilos e linfócitos são os responsáveis maiores pela diminuição da concentração de leucócitos. A investigação da doença causal pode exigir outros variados exames. É essencial tratar a enfermidade causal, mas o uso de vitaminas e esteroides estimula a produção dos leucócitos na medula óssea acompanhado de repouso do paciente. A melhor maneira de prevenir a leucopenia é submeter-se a análises de sangue, para detectar precocemente qualquer problema na fase inicial.⁹

Figura 2 – Indicadores de Leucopenia e Trombocitopenia (n=88). Goiás, 2016.



Na Figura 2, observa-se que 29% dos pacientes são acometidos pela leucopenia e trombocitopenia. A trombocitopenia é o nome dado a toda e qualquer condição de saúde relacionada a uma baixa quantidade de plaquetas no sangue também chamadas de trombócitos. As plaquetas possuem papel fundamental para a coagulação sanguínea. A trombocitopenia geralmente vem acompanhada de outros problemas de saúde mais graves, como infecções, leucemia e Aids. No entanto, a trombocitopenia também pode estar vinculada a um efeito colateral causado por medicamentos. A baixa contagem de plaquetas no sangue pode levar ao surgimento de alguns sinais e sintomas específicos. Uma pessoa saudável costuma ter, em média, de 150 a 450 mil plaquetas por milímetro cúbico de sangue. Só que as plaquetas têm tempo médio de vida bastante curto, de apenas 10 dias, de modo que o próprio organismo se encarrega de renovar a produção e o fornecimento dos trombócitos pela medula óssea. No entanto, alguns problemas podem causar uma interrupção deste processo.¹⁰

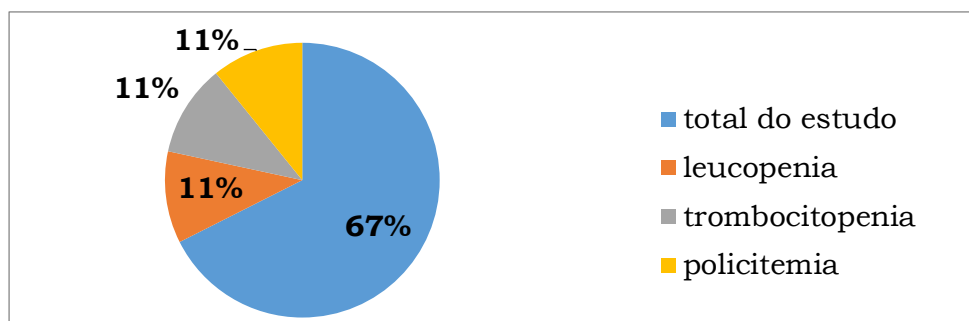
Redução da produção de plaquetas pela medula óssea em casos de aplasia medular, fibrose, leucemia ou infiltração por células malignas, quimioterapia para câncer e hipoplasia megacariocítica congênita. A falta de nutrientes necessários para o desenvolvimento de plaquetas como desidratação deficiência de vitamina B12, toxicidade a niacina B3 ou ácido fólico. O diagnóstico pode ser realizado através da biopsia de medula óssea. Aumento do sequestro esplênico, a esplenomegalia eleva a quantidade de plaquetas aprisionadas no baço aumentando a lise plaquetária, comumente causadas por hipertensão porta, leucemia com infiltração esplênica de células tumorais, linfoproliferação esplênica (linfoma) e ainda na doença de Gaucher. Aumento da destruição de plaquetas a sobrevivência das plaquetas pode ser encurtada devido a vasos anormais, próteses vasculares e trombos de fibrinas. Podemos citar a púrpura trombocitopênica trombótica, vasculites, síndrome hemolítico-urêmica, coagulação intravascular disseminada e próteses cardíacas. Algumas doenças infecciosas também podem destruir plaquetas como a Dengue, doença de Lyme e diversas doenças bacterianas, virais e sepses. Centenas de medicamentos podem causar efeito colateral e induzir supressão medular da produção das plaquetas. Dentre eles inclui-se: diuréticos tiazídicos, estrogênios, anti-histamínicos, pantoprazol, interferon, sulfatiazol, novobiocina, p-aminossalicilato, sedativos/hipnóticos e anticonvulsivantes. Alfa-metildopa, digitoxina e heparina podem induzir destruição imunológica das plaquetas por formação de complexos antígeno-anticorpo e ativação do sistema complemento.¹⁰

Entre os principais sinais e sintomas causados por trombocitopenia estão: Contusões excessivas e recorrentes, sangramento superficial na pele que aparece uma erupção de pequenas manchas avermelhadas, geralmente nas pernas, sangramentos prolongados de cortes ou lesões causadas na pele, sangramento espontâneo das gengivas ou nariz, presença de sangue na urina ou nas fezes, fluxo menstrual constante e anormal e sangramento abundante durante uma cirurgia. O diagnóstico da trombocitopenia é mediante exame de

sangue onde é feita a contagem completa de plaquetas presentes no sangue. Se houver um número abaixo de 150.000 mil plaquetas por milímetro cúbico de sangue, o paciente é diagnosticado com trombocitopenia. Exame físico, realizado pelo médico onde ele procura por sinais de sangramento no corpo, como hematomas, além de uma análise do abdômen, para conferir o tamanho do baço do paciente.¹⁰

O tratamento depende da causa e da gravidade da doença. O principal no tratamento da trombocitopenia, é eliminar a causa do problema, que pode significar trocar de medicamentos que provocam trombocitopenia, mudar a dieta, tratar da infecção principalmente se for pelo vírus da dengue, transfusões de sangue ou usar medicamentos corticosteroides para inibir respostas autoimunes e inflamatórias como por exemplo: androcortil, betametasona, dexametosa e a prednisolona. O carbonato de lítio, também pode ser usado para estimular a produção da medula óssea de plaquetas.¹¹

Figura 3 – Indicadores de Leucopenia, Trombocitopenia e Policitemia (n=88). Goiás, 2016.



Na figura 2, demonstraremos a terceira maior incidência do estudo e a mais grave para os 11% dos pacientes acometidos por essas manifestações hematológicas. Após analisados, os resultados dos hemogramas além de encontramos os achados de leucopenia e trombocitopenia que já foram mencionados nos gráficos de número 1 e 2, observamos também a policitemia. A policitemia é o aumento anormal das células sanguíneas (principalmente de glóbulos vermelhos), como resultado de um aumento da produção pela medula óssea. O aumento pode ser relativo ou absoluto. Relativo também conhecida como eritrocitose e é causado por hemoconcentração.

A absoluta também conhecida como policitemia Vera e ocorre por um distúrbio primário idiopático, em outros casos, a policitemia absoluta representa uma resposta a varias doenças, em pacientes fumantes ou por influências ambientais como lugares de grande altitude que causam anóxia. A policitemia relativa resulta na perda do componente líquido do sangue, sem perdas correspondentes dos elementos figurados; é um fenômeno de hemoconcentração, havendo perda proporcional dos números de hemácias, leucócitos e plaquetas. As causas são: perda de água, perda de líquidos por vômitos, diarreia e sudorese, perda de eletrólitos com perda de água como ocorre na insuficiência supra-renal, perda de plasma como no choque ou na febre hemorrágica da dengue (FHD), e não há alterações morfológicas. A policitemia vera é um distúrbio da medula óssea do tipo adquirido, o qual causa uma superprodução em todas as três linhas de células sanguíneas: glóbulos brancos, glóbulos vermelhos, e plaquetas. A viscosidade do sangue e o aumento de plaquetas resultam em um alto potencial para a formação de coágulos, que podem causar derrame ou ataque cardíaco. Pode causar em alguns casos hemorragias, pois a capacidade de coagulação fica deteriorada, apesar do grande número de plaquetas presentes (responsável pela coagulação). Os fatores de risco são desconhecidos, porém a incidência é maior nas pessoas de ascendência judaica. Os principais sintomas são: dor de

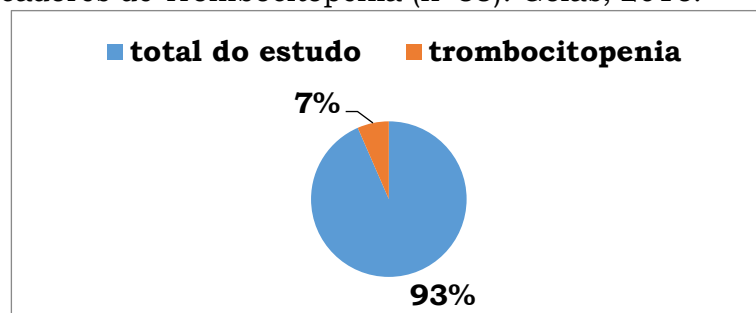
cabeça, tonturas, coceiras, repleção na parte superior esquerda do abdômen, coloração avermelhada principalmente no rosto, dificuldade para respirar. E sintomas de flebite, anormalidade na visão, pontos vermelhos na pele, coloração azulada na pele e fadiga. O tratamento tem como o objetivo de reduzir a viscosidade do sangue causada pelo incremento da massa de glóbulos vermelhos e evitar sangramentos e trombose.¹²

A policitemia voltada para esses pacientes do gráfico 3, acometidos por essas três reações hematológicas consiste primeiramente em medidas gerais: deve-se avaliar a presença ou não de desidratação e a capacidade do paciente de ingerir líquidos. Nos primeiros três dias da doença a consulta é pautada em orientações, e prescrições de medicações sintomáticas (antitérmicos, analgésicos, protetores gástricos antieméticos), hidratação e repouso. O período que requer maior atenção está entre o terceiro e oitavo dia, quando os primeiros sinais de evolução do quadro clínico para dengue hemorrágica/síndrome do choque da dengue podem ser observados. Tanto na dengue hemorrágica, quanto nos casos da dengue clássica os pacientes costumam beneficiar-se de hidratação oral abundante e, quando esta é insuficiente ou impossibilitada, também deve-se considerar a hidratação intravenosa (a base de soro fisiológico ou ringer-lactato, ou mesmo albumina humana).

A maioria dos pacientes com dengue evolui para a cura após uma semana de tratamento adequado. Porém alguns casos exigem internação hospitalar, sendo eles: recusa na ingestão de líquidos e de alimentos; pacientes com contagem de plaquetas inferior a 20.000 milímetro cúbico de sangue, independentemente de manifestações hemorrágicas; comprometimento respiratório- dificuldade de respirar, dor torácica, diminuição do murmúrio vesicular e outros sinais de gravidade. Há ainda, indicação para internação em unidade de tratamento intensivo (no caso de pacientes com hipotensão e coagulação intravascular disseminada).¹²

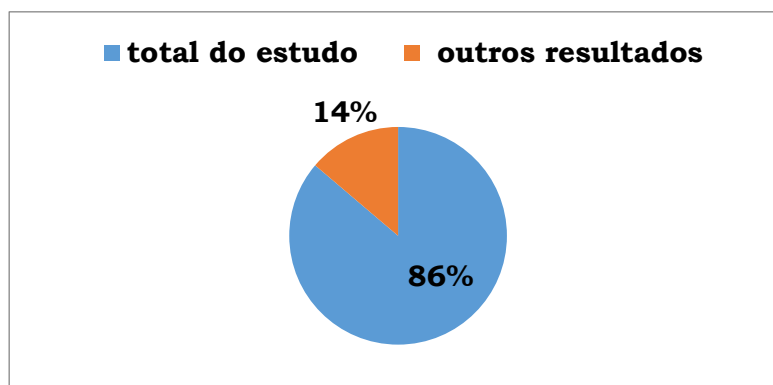
Os sinais de alerta são definidos como condições médicas que podem gerar complicações no quadro de dengue, tais como: gestação em idade avançada, obesidade, diabetes, doença hemolítica, doenças crônicas, paciente em tratamento com anticoagulantes e corticoides. Todo procedimento referido acima é embasado em ações que no Brasil, são padronizados pelo Ministério da Saúde: as manifestações clínicas clássicas da dengue, conjuntamente com a avaliação de manifestações hemorrágicas e de instabilidade hemodinâmica, permitem o estadiamento da doença; que por sua vez, permite o escalonamento da investigação diagnóstica e a implementação da terapêutica de suporte. Os pacientes são classificados em grupos (A, B, C e D) de acordo com os seus sinais e sintomas e manifestações. Cada grupo possui sua própria indicação de manejo e estratégia de tratamento desde observação, ao tratamento ambulatorial e internação; tudo de acordo com a complexidade de cada grupo. São medidas importantes de uniformização da assistência a essa doença que alcança níveis alarmantes no Brasil.¹³

Figura 4– Indicadores de Trombocitopenia (n=88). Goiás, 2016.



Na Figura 4, verifica-se trombocitopenia em apenas 7% dos pacientes analisados pelo resultado do hemograma. A trombocitopenia (35-50%); hematócrito, hemoglobina e provas da coagulação normais; aumento progressivo de granulócitos e eosinófilos. É importante ressaltar que à medida que a fase febril se aproxima (fase aguda da doença) ocorre a trombocitopenia; queda abrupta de plaquetas e aumento de hematócrito (extravasamento de plasma); aumento da transaminase oxalacética (TGO), hipoproteinemia e hipoalbuminemia, anormalidades na coagulação e derrame pleural unilateral ou bilateral (exame radiológico).

Figura 5 – Indicadores de Outros resultados (n=88). Goiás, 2016.



Na Figura 5, foram encontrados outros resultados nos hemogramas analisados em 14% dos pacientes foram acometidos por outras manifestações hematológicas que não foram descritas nos gráficos anteriores. Apesar da pesquisa do antígeno NS1 positivo, não apresentaram nenhum dos resultados de leucopenia, trombocitopenia e policitemia.

CONCLUSÃO

Quando se iniciou esta pesquisa, pretendia-se demonstrar que a interpretação de hemogramas com o binômio leucopenia e trombocitopenia como metodologia auxiliar no diagnóstico da dengue não apresentava resultados satisfatórios. Ao término desta pesquisa, foi possível se observar que, devido ao elevado custo do teste NS1 e a ausência deste teste na rede pública, muitos médicos que utilizavam a interpretação do hemograma para “fechar” o diagnóstico da dengue obtinham êxito na maioria dos casos. Porém a pesquisa deixou claro que o hemograma auxilia o diagnóstico da dengue, mas não substitui a pesquisa de NS1, para casos recentes e a pesquisa de IgM/IgG para pacientes após o período de uma semana da infecção. Concluindo, a interpretação do hemograma, em caso de impossibilidade de realização de pesquisa do NS1 ou IgM/IgG funciona na maioria dos casos, porém somente com a execução do teste NS1, IgM/IgG se tem o resultado definitivo. Além disso, a realização do hemograma após a confirmação da dengue fornece dados importantes para o acompanhamento da evolução e cura da doença.

REFERÊNCIAS

1. Portal da saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov/dengue>>. Acesso em: 12 jun 2016.
2. Brasil. Fundação nacional de saúde. Dengue: aspectos epidemiológicos e tratamento, nº176. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
3. Brasil. Dengue diagnóstico e manejo clínico adulto e criança 4º Edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Laboratório Osvaldo Cruz Londrina-PR. Disponível em: <http://www.oswaldocruz-lab.com.br/_dengue_ns1.asp>. Acesso em: 11 jun, 2016.
5. Oliveira ECL, Pontes ERJC, Cunha RV, Froes, IB, Nascimento D. Alterações hematológicas em pacientes com dengue. Rev Soc Bras Trop. 2009; (42): 682-5.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde coordenação-geral do programa nacional do controle da dengue. Disponível em: <<http://saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/informe>>. Acesso em: 01 jun, 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Poder executivo. Resolução nº466/2012. Brasília 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
8. Ribeiro AF, Marques GR, Voltolini ML. Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas. Rev saúde pública. 2006; 40(4): 671-6.
9. Entendendo a leucopenia e suas causas. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais-sintomas-e-doencas/546247/entendendo>>. Acesso em: 12 jun 2016.
10. Houghton AR, Gray D. Symptoms and Signs in Clinical Medicine. 13ª Ed. Boca Raton: CRC Press; 2010.
11. Lawrence PF, Bell RM, Dayton MT, Hebert JC. Essentials of General Surgery. 5ª Ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
12. Como é a policitemia vera? Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doença/547002/como+e+a+policitemia+vera.htm>>. Acesso em: 18 jun, 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Doenças Infecciosas: guia de bolso. 8ª ed. Brasília: Distrito Federal; 2010.

HEMODINÂMICA: IMPLEMENTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE A HEMODIÁLISE

HEMODYNAMICS: IMPLEMENTATION OF NURSING CARE DURING HEMODIALYSIS

Joyce Borges da Paz Medeiros¹, Erci Gaspar da Silva²

Como citar:

Medeiros JBP, Silva EG. Hemodinâmica: implementação de assistência de enfermagem durante a hemodiálise. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 182-91.

RESUMO

O objetivo deste estudo trás apresentação de conhecimentos com intuito de auxiliar na prevenção de complicações relacionado com a doença renal crônica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e transversal realizada nos Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde de Valparaíso de Goiás no período de setembro e outubro de 2017 mediante entrevista e questionário. Visto que a hemodiálise é um procedimento complexo e necessita de cuidados bastante específicos, tanto ao paciente como a família do mesmo, esta pesquisa visa auxiliar o profissional acerca dos cuidados que venham assistir o paciente, a fim de amenizar riscos na sua qualidade de vida. A pesquisa se realizará com entrevista aos profissionais que já obtém contato e, trabalham com a Atenção Básica de Saúde.

Descritores: Hemodinâmica; Hemodiálise; Cuidados com a fistula.

ABSTRACT

The aim of this study bring to presentation the Knowledge with intuit to help in prevent complications related to chronic kidney disease. This is a qualitative and cross-sectional investigation conducted in Healthcare Centers and Primary Healthcare Units from Valparaíso de Goiás from September to October 2017 through interviews and structured forms. Since hemodialysis is a complex procedure and need to of very specific care, both the patient and in family of the same, this research aims the capacitation is professional auxile about to the care that comes watch the patient, the and to relieve risks to their quality of life. The survey will be conducted interviews with professionals who already got contact and work with hemodialysis.

Descriptors: Hemodynamics; Hemodialysis; Fistula care.

REVISA

¹ Acadêmico de Enfermagem.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires. Goiás,
Brasil.

² Pedagoga. Especialista em
Neuropsicopedagogia.
Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires.
ercigaspar@senaaires.com.br

Recebido: 12/06/2018
Aprovado: 10/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é um processo de insuficiência gradativa; o organismo na tentativa de se adaptar na insuficiência de líquidos é capaz de se manter sem apresentar sinais por um longo período, no entanto, as sintomatologias podem aparecer de forma repentina e intensa provocando incômodo, tais como: náusea, cefaléia, anorexia, oligúria ou anúria, entre outras ocorrências. No Brasil a incidência dos casos de doença renal crônica aumentou progressivamente, os custos do tratamento são altíssimos. A lista de espera por transplantes se aproxima de 120 mil inscritos e, o valor dos transplantes para os cofres públicos está em torno de 1,4 bilhões de reais.¹⁻²

A estratégia da vigilância epidemiológica tem se mostrado eficiente e muito eficaz sendo usada pela área da saúde; uma de duas principais utilidades é detectar o índice de doença renal crônica está entre um dos índices mais elevados com relação à mortalidade; Sendo assim a enfermagem consegue presta a assistência e orienta a sociedade com estratégias técnicas e objetivas que podem prevenir a doença renal crônica e, diminuir ao desconforto da hemodiálise através destas parcerias de serviços; Verificar a incidência de pacientes dialíticos no Brasil é outra área da epidemiologia essencial, análise das taxas de morbidade e, identificação dos fatores relevantes de hospitalização; Com os estímulos da equipe de enfermagem possibilita a eficácia do procedimento de diálise, envolvendo atividades físicas de baixa intensidade associada à nutrição.³⁻⁴

Os princípios são: Cuidados de enfermagem com fistula antes da hemodiálise; Analisar o teor qualitativo das possibilidades de amenizar o desconforto no período do tratamento; Enfatizar a intervenção de enfermagem no cuidados antes e após a hemodiálise. Visto que a hemodiálise é um procedimento complexo e necessita de cuidados bastante específicos, tanto ao paciente como a família do mesmo, esta pesquisa visa capacitar e auxiliar o profissional acerca dos cuidados que venham assistir o paciente, a fim de amenizar riscos na sua qualidade de vida.⁵

MÉTODO

Refere-se a uma pesquisa transversal qualitativa e apresenta estudos de casos e controle de prevalência que são retro analíticos e partem de grupos de casos precisamente diagnosticados e, lidam em seu cotidiano, verificar fatores de risco que podem ser considerados como principais indícios adversos.

A pesquisa de campo foi desenvolvida através de estudo no município de Valparaíso de Goiás. Após o levantamento de informações, empreende verificar por método de estatística simples com variáveis qualitativas e quantitativas (variável discreta ou descontínua) para explicitar taxa de incidências. Foram criadas tabelas e gráficos para a construção dos mesmos e explanar discussão dos resultados.

Este estudo visa identificar uma porcentagem de profissionais que sejam aptos a exercer uma assistência de qualidade voltada ao tratamento da diálise renal, incluindo nesta aptidão conhecimento do protocolo de doença renal crônica que é essencial em manutenção da saúde e da adesão ao tratamento por parte do paciente portador de Doença Renal Crônica e, a incidência das complicações relacionada ao tratamento de diálise, avaliando características da conduta dos enfermeiros em auxílio do paciente hemodialítico e, a seleção das principais complexidades avistada pelos enfermeiros no procedimento do tratamento de hemodiálise. O elemento de análise selecionado para este estudo visa avaliar a percepção da enfermagem nas orientações e cuidados em apoio do paciente crônico renal da Atenção Básica no Município de Valparaíso de Goiás- GO. A amostra foi selecionada após aprovação do comitê de ética

composta por Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem da Atenção Básica. Foram selecionados vinte participantes e, cada participante foi informado acerca do objetivo geral deste estudo, e que a participação não é obrigatória, em qualquer momento o participante poderia desistir e retirar seu consentimento, pois esta recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisado ou com a instituição Faculdade de Ciências e educação Sena Aires.

Esta pesquisa foi realizada nos Postos de Saúde (ESF) e nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Valparaíso de Goiás – GO, no período de Setembro e Outubro de 2017. Esse estudo foi projetado mediante entrevista e questionário; A entrevista foi realizada com enfermeiros e equipe de enfermagem a coleta de dados foi estruturada por meio de um questionário com perguntas objetivas, respondido individualmente pelos profissionais de saúde das Unidades da Atenção Básica o questionário foi dividido com questões fechadas e abertas.

Os dados foram levantados em: ESF municipal do céu Azul, ESF da 3ª Etapa, Hospital municipal Valparaíso (HMV), ESF Etapa B, ESF Etapa C, UBS Cruzeiro do Sul, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), Centro de Atendimento Integrado a Saúde (CAIS) Valparaíso II.

No desenvolvimento e tabulação dos dados foi utilizada Microsoft Excel 2007, originando os gráficos e a tabela mostrados neste artigo, onde se utiliza técnicas específicas, sendo este método utilizado para precisão de resultados podendo evitar distorções de análises e interpretações, dando margem de segurança em relação às conclusões.

O município se organiza a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), propondo atendimentos em nível da atenção básica cujo objetivo final é promover a qualidade de vida e bem-estar individual e coletivo, por intermédio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

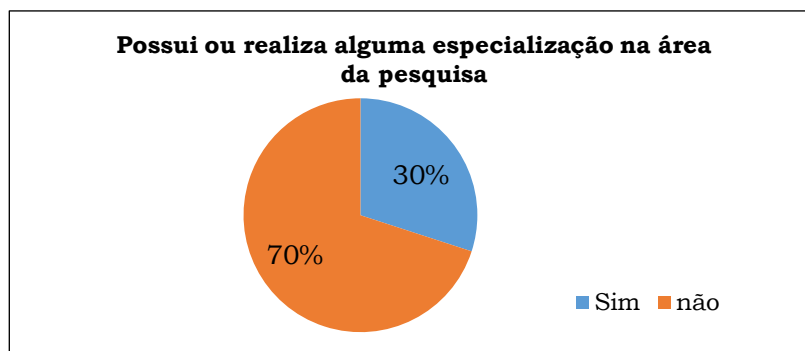
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Perfil dos entrevistados foram 20% (4) dos entrevistados possui idade estimada entre 20 e 30 anos; 40% (8) entre 31 e 40 anos; 40% (8) entre 41 e 50 anos. Todos possuem ensino superior completo.

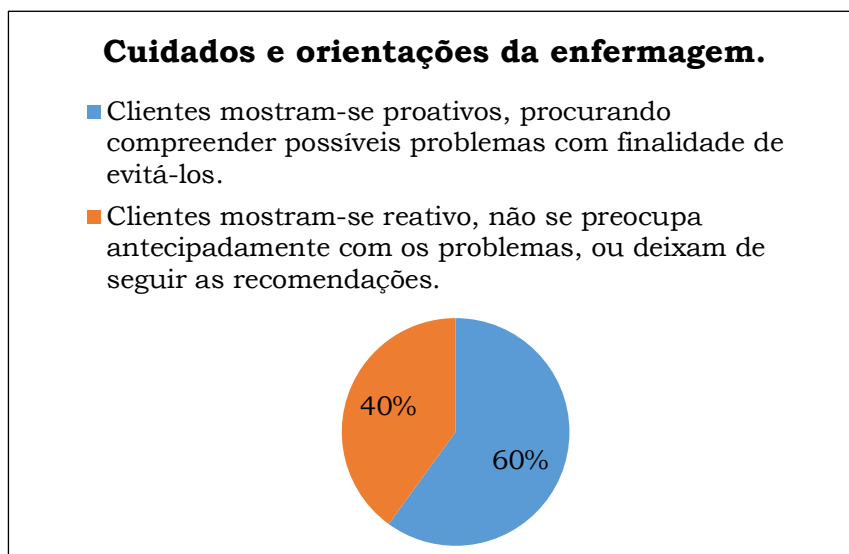
Tabela 1- Perfil dos entrevistados. Goiás, 2018.

Idade	Total	Porcentagem
20 e 30 anos.	4	20%
31 e 40 anos.	8	40%
41 e 50 anos.	8	40%
Total	20	100%

O tempo de exercício de profissão como enfermeiro 60% (12) responderam que exercem a profissão entre 1 e 5 anos; 10 (2) responderam que atuam entre 6 e 10 anos; 30% (6) responderam que varia entre 11 e 20 anos de carreira profissional. A renda estipulada foi de 20% (4) recebe em média 2 salários mínimos; 40% (8) recebem até 3 salários mínimos; 40% (8) responderam que recebem acima de 3 salários mínimos.



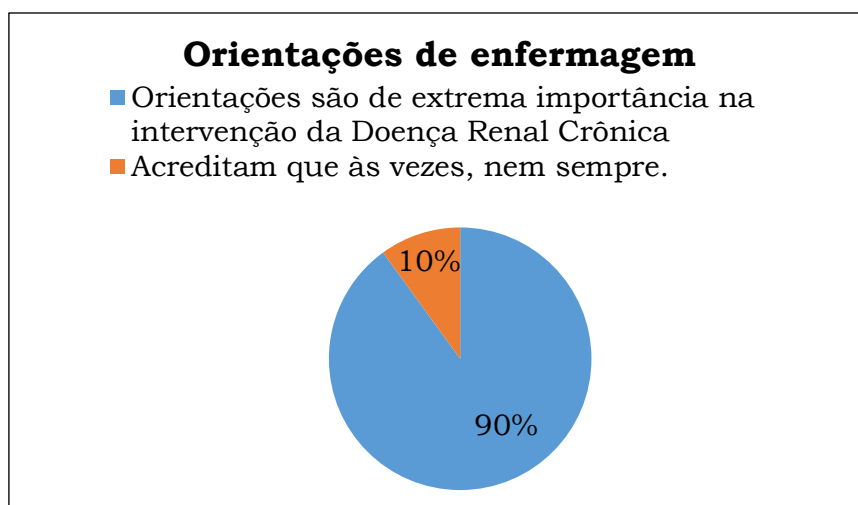
Nesta media apenas 30% (6) possui especialização em outras áreas, e 70% (14) falaram que não possui especializações. A especialização em Enfermagem vem praticamente tornando-se uma exigência para a complementação e a sedimentação do aprendizado obtido no curso de graduação, oferecendo instrumentos necessários para o exercício profissional. Não há mais como permanecer apenas com os conhecimentos adquiridos na graduação. A especialização em Enfermagem vem praticamente tornando-se uma exigência para a complementação e a sedimentação do aprendizado obtido no curso de graduação, oferecendo instrumentos necessários para o exercício profissional. Não há mais como permanecer apenas com os conhecimentos adquiridos na graduação.⁶



Em relação ao questionário todos os participantes declararam não ser suficiente indicar IRC (Insuficiência Renal Crônica) somente com exame físico de enfermagem e o exame laboratorial solicitado. Frente aos cuidados e orientações repassadas, 60% (12) dos entrevistados disseram que os clientes mostram-se proativos, procurando compreender possíveis problemas com finalidade de evitá-los e, 40% (8) têm comportamento mais reativo, não se preocupa antecipadamente com os problemas, ou deixam de seguir as recomendações.

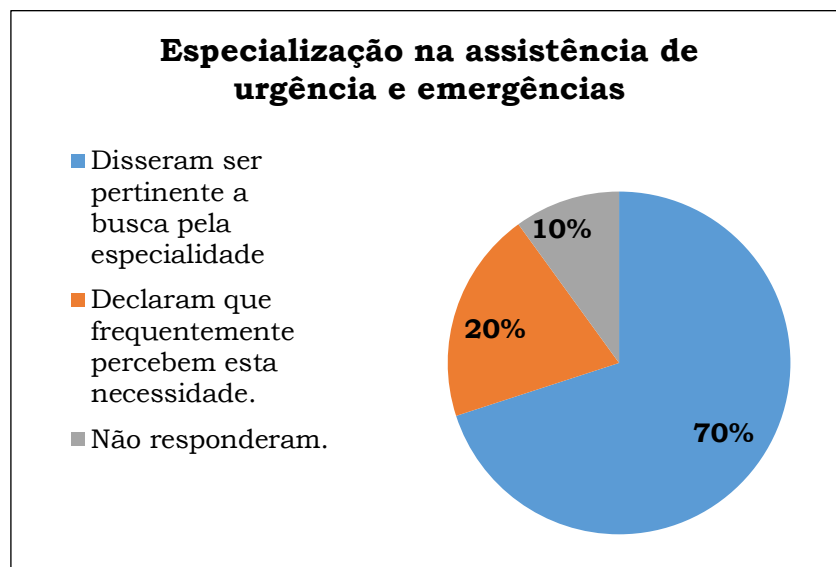
É essencial a ação educativa com paciente renal crônico, para descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consiga conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. Para que os pacientes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, É necessário identificar as suas necessidades auxiliá-los

a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos.⁷



De acordo com a percepção da enfermagem 90% (18) acreditam que as orientações são de extrema importância na intervenção da Doença Renal Crônica e, 10% (2) acreditam que às vezes, nem sempre.

A educação do paciente renal é um compromisso do enfermeiro, e este deve ter orgulho disso. Diz ainda que os enfermeiros não sejam treinados para ser professores, por isso esta sendo discutido o processo ensino-aprendizagem no currículo de enfermagem em nefrologia. O enfermeiro é um dos elementos que atuam de modo mais constante e mais próximo dos pacientes e este profissional, que através da assistência, deve planejar intervenções educativas junto aos pacientes, de acordo com avaliação que realiza numa tentativa de ajuda reaprender a viver nessa realidade.⁸



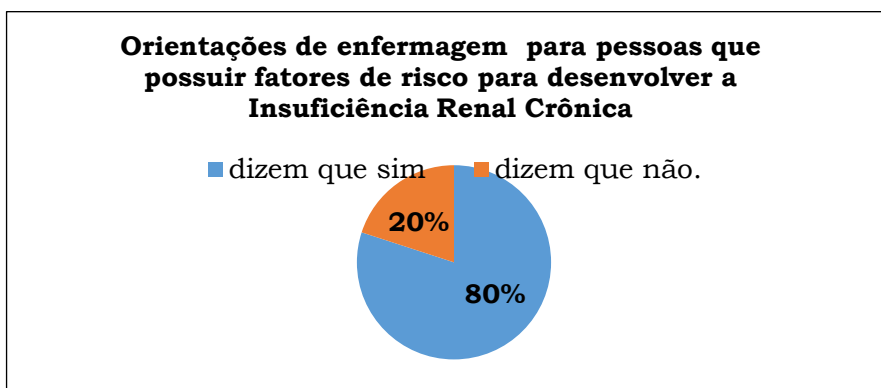
Diante das ações e práticas diárias desenvolvidas e experienciadas pela enfermagem em assistência de urgência e emergências: 70% (14) disseram ser pertinente a busca pela especialidade e 20% (4) declaram que frequentemente percebem esta necessidade; 10% (2) não respondeu.

O serviço de diálise deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos: Eletrocardiógrafo; carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador; ventilador pulmonar manual (ambu com reservatório); medicamentos para atendimento de emergências; ponto de oxigênio; aspirador

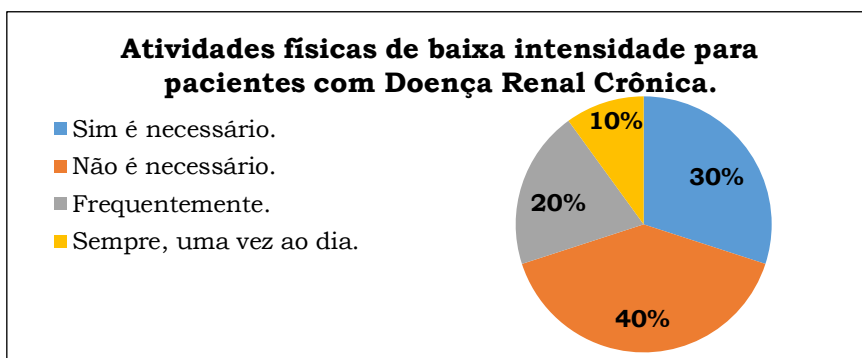
portátil; material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).⁸

A Emergência são situações que ameaçam ou provocam sofrimento intenso ou até mesmo lesões permanentes em que há a necessidade do atendimento imediato. Já a urgência necessita de atendimento rápido, com finalidade de evitar o sofrimento e complicações, este por sua vez é identificado como uma ocorrência súbita e precisa de solução imediata, podendo ou não se tornar urgência, pelo qual dependerá da gravidade do quadro clínico. Para que esta assistência seja realizada com qualidade o profissional deverá ser apto em conhecimento praticidade e agilidade, e os materiais deveram estar preparados (esterilizados, validação de datas, testes e controle de qualidade de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos em lotes para o uso mensal) para que o profissional os tenha ao alcance para realizar o atendimento adequado.⁸

A equipe de enfermagem está diretamente envolvida na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico e o enfermeiro deve incentivar o desenvolvimento de sua capacidade de autocuidado por meio do conhecimento, o que norteará o paciente na aquisição de habilidades para atuar em situações de complicações com seu acesso vascular.⁹



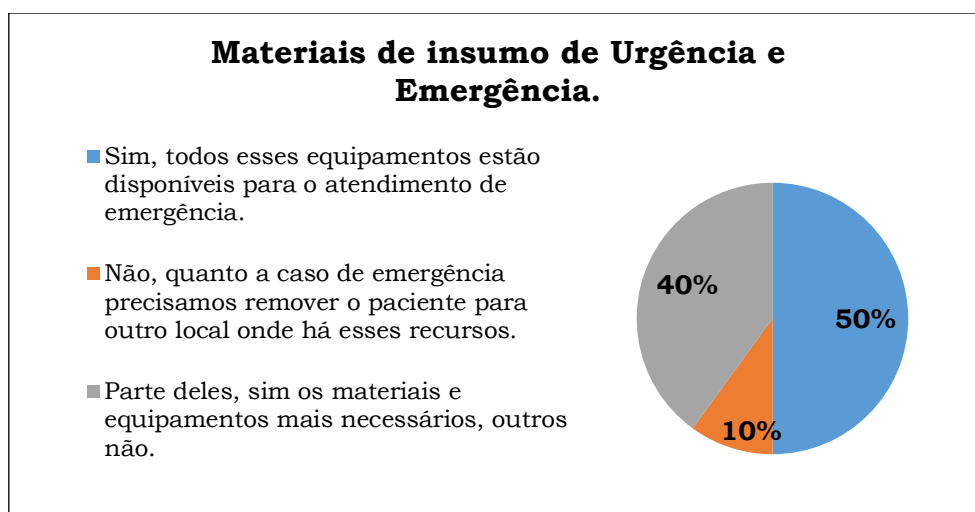
O enfermeiro na atuação como profissional deve orientar as pessoas que possuem fatores de risco para desenvolver a Insuficiência Renal Crônica? 80% (16) dizem que sim e 20% (4) dizem que não.



O alongamento e exercício para pacientes com a doença devem ser reforçados frequentemente? 30% (6) responderam que sim; 40% (8) responderam que não; 20% (4) dizem que frequentemente e 10% (2) dizem que sempre.

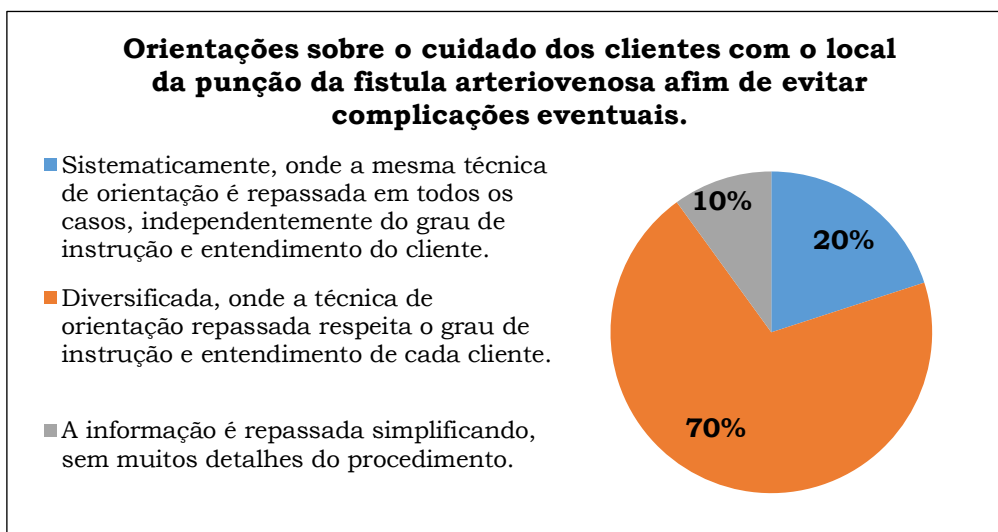
O exercício físico é uma das propostas para, durante a hemodiálise, ativar a circulação que se encontra estagnada e, conseqüentemente, diminuir o efeito rebote e melhorar a eficiência dialítica. Realizando exercícios com movimentos corporais como alongamentos, calistênicos e isotônicos, ocorre

um aumento da oxigenação, temperatura e contração muscular, ocorrendo à dilatação dos capilares que estavam constritos, aumentando a circulação.⁹



Na sua unidade de atendimento há esses equipamentos? 50% (10) disseram que sim, todos esses equipamentos estão disponíveis para o atendimento de emergência; 10% (2) falaram que não, quanto a caso de emergência precisamos remover o paciente para outro local onde há esses recursos; 40% (8) Parte deles, sim os materiais e equipamentos mais necessários, outros não.

Em relação aos materiais do serviço de diálise deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos: Eletrocardiógrafo; carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador; ventilador pulmonar manual (ambu com reservatório); medicamentos para atendimento de emergências; ponto de oxigênio; aspirador portátil; material completo de entubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).¹⁰



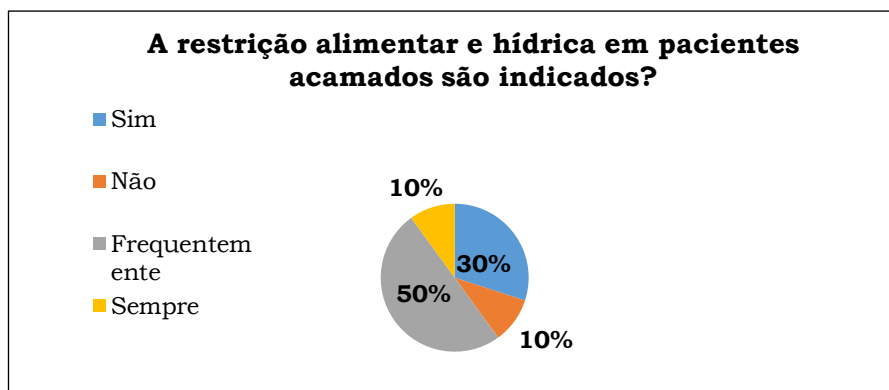
Com relação às orientações sobre o cuidado dos clientes com o local da punção para preservação da fistula arteriovenosa, para evitar complicações eventuais ocorrem: 20% (4) dizem que ocorre sistematicamente, onde a mesma técnica de orientação é repassada em todos os casos, independentemente do grau de instrução e entendimento do cliente; 70% (14) dizem que é diversificada, onde a técnica de orientação repassada respeita o grau de

instrução e entendimento de cada cliente; 10% (10) falaram que a informação é repassada simplificando, sem muitos detalhes do procedimento.

A fistula arteriovenosa é o acesso vascular permanente de maior duração, utilizados nos pacientes renais. Os cuidados adotados no período pós-confecção cirúrgica da fistula são: a elevação do membro nos primeiros dias, troca periódica de curativos pela enfermeira e realizar exercícios de compressão manual com bola de borracha para promover a maturação do acesso venoso.¹²

O paciente deve ser orientado pela enfermagem e necessidade de programar alguns cuidados com a fistula, entre os quais, podemos citar: realizar exercício diário de compressão com bola de borracha por quinze minutos três vezes ao dia ajuda a manter a fistula em funcionamento; observar qualquer alteração no local da fistula, como calor, dor, eritema, e edema, apalpação e percepção do frêmito (vibração perceptível decorrente da mistura do sangue arterial com o sangue venoso), qualquer anormalidade deve ser comunicada as equipes médica e de enfermagem; evitar punções venosas e verificação da pressão arterial no braço da fistula; evitar verificar pressão arterial nesse membro, dormir sobre o braço do acesso e qualquer compressão, não deve remover ou permitir a remoção de pelos e crostas formada na região da fistula. durante a sessão de hemodiálise a equipe deve estar atenta ao monitoramento dos sinais vitais, anticoagulação, funcionamento adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo dialisado), conforto do paciente, intercorrências, queixas e dúvidas dos pacientes, solicitação do médico quando necessário, e a enfermeira devem realizar a supervisão dos auxiliares e técnicos da equipe. O curativo só deve ser retirado após seis horas do término da hemodiálise, orientar para que sejam mantidos secos e limpos. O curativo deve ser feito com uma leve compressão e não circulares com gaze por aproximadamente cinco minutos, com fita adesiva e gazes após a hemostasia completa. Esse cuidado é fundamental para se evitar o sangramento intenso após a hemodiálise. Em caso de hematomas aplicam-se compressas frias frequentes durante as 24 horas que sucedem a hemodiálise, após orientar o paciente a compressas mornas e pomada antitrombótica no local.

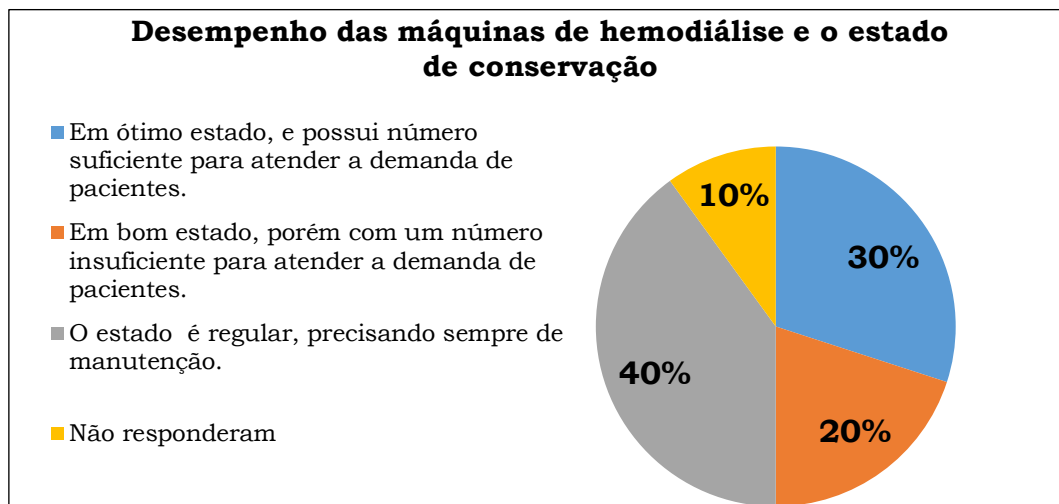
O papel do enfermeiro não se restringe em executar técnicas ou procedimentos eficientemente, mais também planejar e implementar a assistência de enfermagem, embasado por conhecimento científico, utilizar-se de seu papel de educador para conscientizar os pacientes, estimulando mudança de comportamento.¹³



A indicação das Restrições alimentares e hídrica em pacientes acamados: 30% (6) responderam que sim, é necessário haver a restrição devido ao controle de volemia; 10% (2) acreditam que não há necessidade deste tipo de restrição; 50% (10) declaram que frequentemente desde que não seja acentuada e 10% (2) dizem que sempre é necessário restrição nesse tipo

de situação clínica.

Em geral a aceitação da dieta é um pouco difícil, a oferta da dieta prescrita deve ser registrada a aceitação pelo paciente. Os pacientes com insuficiência renal devem se adequar a uma dieta hipoproteica (entorno de 40 a 60g/dia), e hipossódica (400 a 1000mg/dia), com redução de água e potássio; A equipe de enfermagem deve estar atenta a possível ocorrência que podem surgir; Procurar atendimento médico sempre que julgar necessário; É essencial a coleta de sangue do paciente pré e pós a hemodiálise, para controle das condições do paciente e eficiência da diálise. Os exames sanguíneos que são realizados são de: uréia e creatinina, Na e K, hematológico completo; micro-hematócrito, pH, pCO₂.¹³



As máquinas de hemodiálise devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na redução dos riscos para os pacientes e assistentes. Nas clínicas que fornecem este tipo de tratamento: 30% (6) responderam que se encontra em ótimo estado, e com um número suficiente para atender a demanda de pacientes; 20% (4). Em bom estado, porém com um número insuficiente para atender a demanda de pacientes; 40% (8) o estado das máquinas é regular, precisando sempre de manutenção, que demora muito para acontecer; 10% (2) não responderam.

De uma maneira simplificada, a máquina de hemodiálise é composta por uma bomba de circulação extracorpórea para o sangue, uma bomba de circulação do dialisato, o dialisador e de unidades de monitoração, como sensores de pressão, temperatura, condutividade, fluxo e detectores de bolhas, variando de acordo com a tecnologia do equipamento.¹⁴⁻¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão da enfermagem abrange campos maiores, e o foco fundamental são direcionados ao restabelecimento das condições fisiológicas dos pacientes, retirando-os das formas mais grave e descompensadas na Doença Renal Crônica. É necessário a enfermagem se aprofundar e se aperfeiçoar, buscando atualização constantemente nesta área.

O conhecimento da aparelhagem e seu funcionamento são de grande importância, para que se possa dar uma assistência efetiva ao paciente. Este trabalho salienta a importância do conhecimento do profissional com relação ao atendimento que possivelmente deverá realizar se caso se deparar com pacientes em estado de urgência ou emergência, e quais os cuidados necessários e orientações se adequam ao paciente hemodialítico.

REFERÊNCIAS

1. Abreu IS, Pivatto DR. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(3):515-20.
2. Freire APCF, Rios CS, Moura RS. Aplicação de exercício isotônico durante a hemodiálise melhora a eficiência dialítica. *Fisioter mov.* 2013; 26 (1): 167-74.
3. Pinto DE, Ullmann LS, Burmeister MM. Associações entre ingestão energética, proteica e de fósforo em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *J Bras Nefrol* 2009;31(4):269-76
4. Cunha MS, Andrade V, Guedes CAV. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. *Fisioter Pesq.* 2009;16(2):155-60.
5. Siviero PCL, Machado CJ, Cherchiglia ML. Insuficiência renal crônica e as causas múltiplas de morte: uma análise descritiva para o Brasil, 2000 a 2004. *Cad Saúde Colet.* 2014; 22 (4): 372-9.
6. Moura RMF, Silva FCR, Ribeiro GM. Efeitos do exercício físico durante a hemodiálise em indivíduos com insuficiência renal crônica: uma revisão. *Fisioter Pesqui.* 2008; 15(1): 86-91.
7. Queiroz CMF, Fernandes MICD. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(4):45-52.
8. Barbosa GS, Valadares GV. Tornando-se proficiente: o saber/fazer do enfermeiro de hemodiálise. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014;18(1):163-6.
9. Mattos M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):428-34.
10. Pessoa NRC, Linhares FMP. Pacientes em hemodiálise com fistula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015;19(1):73-9.
11. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):256-62.
12. Moreira AGM, Araújo STC, Torchi TS. Preservação da fistula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013; 17(2):256- 262
13. Cavalcanti VGS, Viana LO, Garcia NI. As especialidades e os nexos com a formação continua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. *Enf. Global.* 2010; 19: 1-12.
14. Cesarino CB, Casa Grande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Rev latinoam enferm.* 1998; 6(4): 31-40.
15. Marcos JL, Paulo HRG. Análise de parâmetros de desempenho e manutenção de hemodialisadoras. *Reverte.* 2008; 6: 1-15.

RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ANOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DE NUTRIÇÃO

RISK FOR THE DEVELOPMENT OF ANOREXIA NERVOSA IN COLLEGE NUTRITION STUDENTS

Tainara Sousa Araujo¹, Fernanda Cristina de Jesus Colares Bento², Misael Rabelo de Martins Custódio³

Como citar:

Araujo TS, Bento FCJC, Custódio MRM. Risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa em estudantes universitárias de nutrição. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 192-9.

RESUMO

Objetivou-se identificar estudantes universitárias de nutrição que apresentam sintomas para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Aplicou-se o questionário auto preenchível Eating Attitudes Test em 70 universitárias de nutrição no primeiro ano da graduação de uma instituição particular do Distrito Federal. Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) através de peso e altura aferidos e auto referidos. Os resultados indicaram que 38,6% das universitárias estudadas apresentavam risco de desenvolvimento de anorexia nervosa e 61,4%, foram considerados sem sintomas. Quanto ao IMC aferido 70% das universitárias estavam em eutrofia e o IMC auto referido 71,4%, estatisticamente, independente da classificação do estado nutricional as estudantes universitárias de nutrição estão em um grupo de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Sendo assim, conclui-se que o alto percentual de resultados positivos para o EAT-26 é um dado preocupante, pois notabiliza a tendência atual de aumento na prevalência dos transtornos alimentares, mas principalmente evidencia a susceptibilidade das estudantes de nutrição. No entanto sugerem-se mais pesquisas a fim de trazer esclarecimentos quanto à etiologia de tais transtornos nas futuras profissionais de nutrição.

Descritores: Anorexia nervosa; Nutrição; Transtornos da alimentação; Índice de massa corporal.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify university students of nutrition who presented symptoms of anorexia nervosa development. The self-fulfilling questionnaire Eating Attitudes Test was applied to 70 undergraduate nutrition students in the first year of graduation of a private institution in the Federal District. The Body mass index (BMI) was calculated based on measured and self-reported weight and height. The results indicated that 38.6% of the university students studied presented risk of developing anorexia nervosa and 61.4% were considered as having no symptoms. Regarding the BMI assessed 70% of university students were in eutrophy and the self-reported BMI 71.4%, statistically independent of the classification of nutritional status the university students of nutrition are in a group at risk for the development of anorexia nervosa. Therefore, it is concluded that the high percentage of positive results for EAT-26 is a matter of concern, since it highlights the current trend of increasing prevalence of eating disorders, but mainly evidences the susceptibility of nutrition students. However, further research is suggested in order to clarify the aetiology of such disorders in future nutrition professionals.

Descriptors: Anorexia nervosa; Nutrition; Eating disorders; Body mass index.

REVISA

¹ Nutricionista. Distrito Federal, Brasil.

² Nutricionista. Mestre em Gerontologia. Docente do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Distrito Federal, Brasil. fernandacolares@gmail.com

³ Bacharel em Educação Física. Doutor em Educação Física. Centro Universitário Planalto do Distrito Federal. Distrito Federal, Brasil.

Recebido: 10/06/2018
Aprovado: 11/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são distúrbios psiquiátricos que se caracterizam por severas perturbações no comportamento alimentar, excessiva preocupação com o peso e a forma corporal e possuem uma etiologia multifatorial.¹⁻² A incidência dos transtornos alimentares quase que dobrou nos últimos 20 anos.³ Estima-se que 5% a 10% da população americana tenha algum tipo de transtorno alimentar.⁴ Nos Estados Unidos é descrita uma prevalência de anorexia nervosa de 4,87% e 9,46%, de bulimia nervosa em duas grandes populações de adolescentes (10.123) e adultos (2.980), respectivamente.⁵

Os transtornos alimentares mais comumente conhecidos são a anorexia e bulimia nervosas, transtornos que almejam a magreza e afetam principalmente mulheres, seja através de dietas altamente restritivas, do excesso de exercícios físicos ou de atitudes purgativas como vômitos auto induzidos, laxantes ou medicamentos anorexígenos.⁶ No entanto, há novos tipos de transtornos alimentares, ainda pouco conhecidos: a ortorexia e a vigorexia, que são, respectivamente, a obsessão pela alimentação saudável e a preocupação de não ser suficientemente forte e musculoso em todas as partes do corpo.⁷⁻⁸

A anorexia nervosa é marcada pela ausência de apetite e é identificada pela exagerada restrição alimentar almejando atingir-se um peso e uma forma corporal bastante magra com padrões que discordam do senso comum e das alterações propostas pela medicina. A perda de peso é induzida, há distorção da imagem corporal, dieta restritiva com exclusão de alimentos considerados calóricos, podendo até haver uso de laxantes, anorexígenos, exercícios físicos excessivos e vômitos auto induzidos.⁹

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar marcado pela recusa do indivíduo em manter um peso na faixa ideal mínima para sua altura e idade. Dentre suas características estão a restrição da ingestão calórica, o medo intenso de ganhar peso que não é minimizado quando o indivíduo perde peso e a perturbação com o próprio peso, a distorção da imagem corporal, mesmo o indivíduo percebendo que está magro ainda se preocupa com determinadas partes do corpo. É dividida em dois subtipos: restritiva, perda considerável de peso devido a dietas, jejuns ou excesso de exercícios físicos, e a purgativa ocorre uma compulsão alimentar seguida de rituais compensatórios, como vômitos auto induzidos ou uso abusivo de laxantes.¹⁰

Alguns grupos populacionais são mais susceptíveis ao seu desenvolvimento como modelos, bailarinas, atletas e nutricionistas.¹¹ No Brasil vários estudos foram publicados abordando os transtornos alimentares e estudantes universitários e os resultados tem demonstrado a vulnerabilidade dos estudantes de nutrição para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.¹²⁻¹⁶

Portanto, o nutricionista está formalmente inserido na equipe multidisciplinar que trata os transtornos alimentares na população em geral. Tendo em vista que pode estar inserido em um ambiente de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares é necessário que a sua formação seja adequada para evitar ou diminuir o risco de o estudante de nutrição desenvolver tais transtornos.¹⁷

Nesse sentido, identificou-se os estudantes universitários de nutrição que apresentam sintomas para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

MÉTODO

O estudo do tipo transversal teve a amostra selecionada por conveniência. Participaram do estudo 70 estudantes matriculadas no curso de nutrição em uma instituição particular do Distrito Federal, cursando o 1º ano da graduação. Participaram apenas estudantes do sexo feminino, em virtude da literatura especializada sustentar maior incidência sobre o sexo feminino em se tratando de transtorno alimentar,¹⁵ entre 18 e 50 anos, as estudantes que aceitaram participar do estudo, as que preencheram o questionário corretamente e que estavam em sala de aula no momento da aplicação do teste e coleta dos dados. Foram considerados critérios de exclusão: mulheres grávidas, estudantes com formação pregressa, as que não preencheram o questionário corretamente e as que não estavam em sala de aula no momento da aplicação do teste e que não participaram da coleta de peso e estatura.

Foi utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), teste de atitudes alimentares, instrumento que contém 26 perguntas sobre comportamento alimentar e imagem corporal.¹⁸ Conforme a validação do questionário, o teste não faz diagnóstico de transtornos alimentares, possui apenas o caráter indicativo de risco para o desenvolvimento de distúrbio alimentar, principalmente para avaliar a presença de sintomatologia anoréxica.¹⁹

O EAT- 26 é um questionário de autopreenchimento, cada pergunta apresenta seis opções de resposta: sempre, quase sempre, às vezes, poucas vezes, quase nunca e nunca. O cálculo para o escore positivo ou negativo é realizado por meio do somatório da pontuação atribuída a cada opção de resposta: sempre (3), quase sempre (2), às vezes (1) e poucas vezes/quase nunca/nunca (0). A pontuação pode variar entre 0 e 78 pontos, porém para que o escore positivo seja diagnosticado o resultado do somatório das respostas deve ser igual ou superior a 21.¹⁸

Para avaliação do estado nutricional, segundo o índice de massa corporal, foram aferidos peso e estatura com o auxílio de uma balança eletrônica G-TECH, leve e portátil, com capacidade de 150kg e fita métrica inextensível com 150 cm. Após a aprovação do Comitê de Ética, conforme processo 48901315.0.0000.5058, iniciou-se a aplicação do questionário de autopreenchimento EAT-26 nas salas de aula do curso de nutrição nas turmas do 1º ano em uma instituição particular do distrito Federal entre os meses de outubro e novembro de 2015.

As participantes foram orientadas sobre o intuito do estudo, o que é e quais os possíveis resultados do EAT-26, o caráter confidencial das respostas, a necessidade de preenchimento dos itens conforme estejam mais de acordo com a maneira de um ser e sentir, salientando que não há respostas certas ou erradas. Além das 26 perguntas o questionário interpelou as participantes sobre idade, peso e estatura, dados que foram utilizados para cálculo do IMC referido utilizando a fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{estatura}^2$. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informadas sobre a possibilidade de recusa na participação do estudo.

Após a aplicação do questionário as alunas passaram, individualmente, pela coleta de peso e estatura para avaliação do estado nutricional. A aferição do peso deu-se com as participantes descalças e com as roupas conforme estavam vestidas no dia da coleta dos dados. A estatura foi medida com uma fita métrica fixada na parede, sem rodapé, a 50 cm do chão. Os dados de peso e estatura coletados foram utilizados para a verificação do estado nutricional das participantes, através do IMC aferido também empregando a fórmula $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{estatura}^2$.

A análise estatística foi feita através do programa IBM SPSS versão 22.0 para representação e caracterização da amostra em frequência e porcentagem que foram representados em tabelas. Foi utilizado o teste t de *Student* para

verificar a existência de associação das variáveis: IMC referido e IMC aferido, IMC aferido e EAT positivo ou negativo com apresentação dos resultados, por meio de tabelas de frequência, considerando-se como significativo o valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

A população estudada constitui-se de 70 estudantes universitárias, do sexo feminino, cursando o primeiro ano do curso de nutrição. A média de idade da amostra foi de 24,23 anos de idade ($DP \pm 7, 260$), sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 50 anos.

O protocolo utilizado para classificação do IMC foi da Organização Mundial da Saúde.²⁰ Dentre as alunas pesquisadas, 7,1% (5) foram classificadas no parâmetro desnutrição; 70% (49) estavam em eutrofia; estavam em sobrepeso 21,4 % alunas (15) e 1,4% (1) estava com obesidade, conforme Tabela 1. Ao comparar a classificação do estado nutricional entre IMC aferido e IMC referido pelas estudantes durante o preenchimento do questionário EAT-26, constatou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 1- Avaliação do Estado Nutricional das alunas do curso de nutrição de uma instituição particular do Distrito Federal segundo o índice de massa corporal aferido e referido. Águas Claras (DF), Brasil, 2015.

Índice de Massa Corporal	IMC Aferido		IMC Referido	
	Número de Estudantes	%	Número de Estudantes	%
Desnutrição ($\leq 18,5$ Kg/m ²)	5	7,1	6	8,6
Eutrofia (18,5 – 24,99 Kg/m ²)	49	70,0	50	71,4
Sobrepeso (25 – 29,99 Kg/m ²)	15	21,4	14	20
Obesidade I (30 – 34,99 Kg/m ²)	1	1,4	0	0
Total	70	100	70	100

* $p > 0,05$

De acordo com o EAT-26, entre as 70 alunas foram encontradas 38,6% (27) com um escore positivo: EAT+ (> 21 pontos), ou seja, apresentaram sintomatologia anoréxica. As 43 alunas restantes, 61,4%, foram considerados como EAT- (sem sintomas), segundo Tabela 2.

Tabela 2- Resultado da aplicação do questionário EAT-26 em estudantes universitárias do primeiro ano do curso de nutrição. Águas Claras (DF), Brasil, 2015.

EAT-26	Número de Estudantes	%
Positivo (+)	27	38,6
Negativo (-)	43	61,4
Total	70	100,0

* $p > 0,05$

Observou-se que ao comparar as variáveis IMC aferido e os resultados do EAT-26 houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), ou seja, independente da classificação do estado nutricional as estudantes

universitárias de nutrição estão em um grupo de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa, não sofrendo influência do seu atual estado nutricional, Tabela 3.

Tabela 3- Estratificação das estudantes conforme IMC aferido e EAT+. Águas Claras (DF), Brasil, 2015.

Índice de Massa Corporal	Número de estudantes	Estudantes com EAT+
≤ 18,5 Kg/m ² - Desnutrição	5	1
18,5 – 24,99 Kg/m ² -Eutrofia	49	18
25 – 29,99 Kg/m ² -Sobrepeso	15	7
30 – 34,99 Kg/m ² -Obesidade I	1	1
Total	100	27

*p<0,05

DISCUSSÃO

Do total de estudantes, 38,6% (n=70) apresentaram sintomatologia para o desenvolvimento de anorexia, ou seja, EAT+. Esse resultado foi maior do que o encontrado em outros estudos com universitárias. Em um estudo com universitárias de nutrição, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional encontrou-se 13,7% de EAT+, isoladamente as estudantes de nutrição alcançaram 20,2% de resultados positivos.¹⁵ Também estudando universitárias do curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto foi encontrado 21,7% de estudantes com EAT+.²¹ Outro estudo que analisou 214 estudantes do sexo feminino dos cursos de saúde, obteve o percentual de 22,4% de EAT+.²² O estudo de uma universidade particular do Rio Grande do Sul com uma amostra composta por 186 estudantes de nutrição identificou 24,7% de estudantes com risco para o desenvolvimento de anorexia, segundo EAT.¹⁴

Em uma pesquisa com 227 estudantes no primeiro semestre de vários cursos em faculdades públicas e privadas de Belo Horizonte, em 2012, foi encontrado 20,7% de EAT+.¹⁶ Um estudo com 2.483 universitárias dos cursos da área da saúde nas cinco regiões brasileiras (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste), também utilizando o EAT-26 na versão de Bighetti et al.²⁴, obteve 26,1% de testes positivos. No entanto o percentual que mais se aproxima desse estudo refere-se aos resultados da região norte com 30,1% de EAT+.²³

Outros resultados que também se assimilam a este estudo foram encontrados em estudantes de nutrição e enfermagem que obtiveram 23,61% de EAT+, porém, considerando apenas as estudantes de nutrição o percentual subiu para 32,94%. E em uma avaliação com 203 estudantes de nutrição no sul do país foram encontradas 35% de universitárias com sintomatologia para o desenvolvimento de anorexia.²⁵⁻²⁶

Os transtornos alimentares têm uma etiologia multifatorial, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença.¹¹ O comportamento de risco para transtornos alimentares é frequente entre universitárias brasileiras, merece destaque o curso de nutrição, tendo em vista que dentre os motivos que levam os futuros graduandos a escolha do curso de nutrição estão aqueles que o escolhem pela sua identificação pessoal pela área em questão.²³ Interesse caracterizado pela preocupação com o peso e a imagem corporal.¹²

A preocupação com as estudantes de nutrição quanto à susceptibilidade ao desenvolvimento de transtornos alimentares fica evidente, quando a literatura aponta uma prevalência de 35%. Conhecer o porquê dessa susceptibilidade para os futuros profissionais é de suma importância. Constantemente os profissionais são relacionados à aparência física e a boa forma e quando aliados ao conhecimento que possuem sobre alimentação, faz com o que grupo esteja exposto em um ambiente favorável ao desenvolvimento de tais transtornos.^{26,21}

Pode-se perceber que este estudo apresentou valores superiores de EAT+ quando se compara aos outros estudos nacionais de semelhante metodologia. Percebe-se assim que os valores encontrados nesta amostra de universitárias chamam atenção pela magnitude da presença de comportamentos de risco para o desenvolvimento de anorexia em estudantes de nutrição. As alunas de nutrição, por estarem em um curso no qual os apelos pela saúde e beleza são mais evidentes, estão em um ambiente mais favorável para o desenvolvimento de anorexia nervosa.²⁵

No presente estudo foi encontrado um percentual de 70% de estudantes eutróficas. Outros estudos também encontraram resultados semelhantes que demonstram o alto índice de estudantes eutróficas, tanto nesse estudo como na literatura, como 78,7%, 82,1%, 84,1% e 100% de eutrofia.^{27,21-22,28} Outro estudo também comparou o IMC aferido com o IMC referido em universitárias de nutrição e também não encontrou diferença estatisticamente significativa.²⁸ Mais um estudo encontrou que o IMC referido coincidiu com o aferido em 86% das mulheres e que quanto maior é o IMC, maior é a subestimação do IMC referido, portanto o autor ressalta que a utilização desses dados referidos deve ser sempre cautelosa pois pode ocorrer erro de classificação levando à subestimativa da obesidade e superestimativa do sobrepeso.²⁹

CONCLUSÃO

Conclui-se que o alto percentual de resultados positivos para o EAT-26 é um dado preocupante, pois notabiliza a tendência atual de aumento na prevalência dos transtornos alimentares, mas principalmente evidencia a susceptibilidade das estudantes de nutrição. A presença de EAT+ em todas as classificações do índice de massa corporal, em especial no grupo considerado eutrófico sugere a preocupação excessiva com o corpo e a possibilidade de distorção corporal frente ao espelho. No entanto, cabe destaque, que os transtornos alimentares têm uma etiologia multifatorial e que necessitam de investigação, tanto quanto a influência da sociedade e de seus padrões, da mídia e do meio acadêmico e profissional a que o nutricionista está inserido.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) 4º ed. Washington DC: American Psychiatry Association. 1994 [Citado em 2015 nov 29]. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm>.
2. American Psychiatry Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders 3º ed. Virginia: American Psychiatric Publishing. 2006 [Citado em 2015 nov 13]. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf>.
3. Dunker, KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Rev. Nutrição. 2003 [Citado em 2015 set 12]; 16(1):51-60. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732003000100006>>.

4. National Institute of Mental Health. National Institutes of Health. 2007 [Citado em 2015 nov 15]. Disponível em <<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>>.
5. Merikangas KR, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 [Citado em 2015 nov 10]; 49:980-9. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856710004764>>.
6. Phillipi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2004.
7. Martins MCT, Santos MA, Vargas SVA, Sato KSCJ, Scagliusi FB. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. Rev. Nutr. 2011 [Citado em 2015 nov 13]; 24(2):345-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000200015>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000200015>
8. Camargo TPP, Costa SPV, Uzunian LG, Viebig RF. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem Corporal. Rev. Brasileira de Psicologia do Esporte. 2008 [Citado em 2015 nov 13]; 2(1):1-14. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452008000100003>.
9. Schmidt E, Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. Revista de Psicologia. 2008 [Citado em 2015 set 10]; 20(2):387-400. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200006>>.
10. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Alimentares: DSM-5. 5ª edição. 2014 [Citado em 2015 nov 12]. Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5>>.
11. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Rev Brasileira Psiquiatria. 2002 [Citado em set 22]; 24(Suplemento III):18-23. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=340882&indexSearch=ID>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
12. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: Um estudo em universitárias. Revista de Nutrição. 2001 [Citado em 2015 set 12]; 14(supl):3-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732001000400001>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732001000400001>
13. Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. J Bras. Psiquiatria. 2008 [Citado em ago 12]; 57(3):166-170. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alexandra_Rodrigues2/publication/250051208_Comportamento_anorxico_e_percepo_corporal_em_universitrios/links/53e271a40cf275a5fdd7e4ab.pdf>.
14. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. Rev. Nutr. 2009 [Citado em set 12]; 22(2):219-227. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000200004>.
15. Souza A, Souza JC, Hirai ES, Luciano HA, Souza N. Estudo Sobre a Anorexia e Bulimia Nervosa em Universitárias. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2011 [Citado em 2015 set 10] 27(2):195-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000200012&script=sci_arttext&tlng=pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000200012>
16. Lima NL, Rosa COB, Rosa JFV. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. Estud. pesqui. Psicol. 2012 [Citado em 2015 set 12]; 12(2):360-78. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8267>>.

17. Stracieri APM, Oliveira TC. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos Alimentares em universitárias. *Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição*. 2008 [Citado em 2015 ago 21]; 2(3):1-11. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_2_mng_fatores_de_risco.pdf>.
18. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979 [Citado em 2015 ago 12]; 9: 273-279. Disponível em: <<http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-40 1979.pdf>>.
19. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudos de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto preenchíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005 [Citado em 2015 ago 12]; 8(3):236-245. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/05.pdf>>.
20. Organização Mundial da Saúde. Obesity: preventing and managing the global epidemic, Geneva. 2000 [Citado em 2015 nov 15]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>.
21. Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 [Citado em set 10]; 17(12):3399-3406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200024>.
22. Pereira LNG, Trevisol FS, Quevedo J, Jornada LK. Eating disorders among health science students at a university in southern Brazil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011; 33(1).
23. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011 [Citado em 2015 set 12]; 38(1):3-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000100002>.
24. Bighetti F. Tradução e validação do *eating attitudes test* (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIIACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=433521&indexSearch=ID>>.
25. Fernandes CAM, Rodrigues APC, Nozaki VT, Marcon SS. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. 2007 [Citado em 2015 nov 13]; 11(1):33-38. Disponível em: <<http://www.anorexiaebulimia.com/documents/TA.pdf>>.
26. Penz LR, Bosco SMD, Vieira JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Medica*. 2008 [Citado em 2015 set 22] 18(3):124-128. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/25530904.pdf>>.
27. Saldeira C, Gravena AAF. Prevalência de sintomas de bulimia nervosa, insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em acadêmicas de nutrição. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2013 [Citado em 2015 set 13]; 6(1):13-20. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2162>>.
28. Laus MF, Zancul MS, Martins TM, Kakeshita IS, Almeida SS. Percepção da imagem corporal e estado Nutricional em estudantes de nutrição. *Alim. Nutr*. 2006 [Citado em 2015 set 12]; 17(1):85-89. Disponível em: <<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/view/117/130>>.
29. Silveira EA, Araújo CL, Gigante DP, Barros AJD, Lima MS. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005 [Citado em 2015 out 31]; 21(1):235-245. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Erika_Silveira/publication/8039376_Weight_and_height_validation_for_diagnosis_of_adult_nutritional_status_in_southern_Brazil/links/0f317537fafa8cd54e000000.pdf>.

ESTRESSE EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE DE UMA FACULDADE PRIVADA DO ENTORNO DO DISTRITO FEDERAL

STRESS IN UNIVERSITY TEACHERS OF THE HEALTH AREA OF A PRIVATE FACULTY OF THE FEDERAL DISTRICT ENVIRONMENT

Sthefani Cardoso de Andrade Sá¹, Rodrigo Marques da Silva², Cristilene Akiko Kimura³, Graziela Queiroz Pinheiro⁴, Laura de Azevedo Guido⁵, Iel Marciano de Moraes Filho⁶

Como citar:

Sá SCA, Silva RM, Kimura CA, Pinheiro GQ, Guido LA, Moraes-Filho IM. Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 200-7.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é descrever o nível de estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal. Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo, realizado entre agosto e dezembro de 2017. Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos auto-aplicáveis: Questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional dos docentes e Escala de Estresse no Trabalho (EET). O nível de estresse nos docentes universitários da área de saúde foi baixo em 67% de acordo com os dados coletados. As situações avaliadas como mais estressantes são: a falta de autonomia na execução do trabalho, a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais, falta de informações sobre as tarefas no trabalho, tipo de controle existente no trabalho e o tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho. Embora a docência seja considerada estressante, os docentes parecem lidar bem com as situações do ambiente de trabalho a partir de enfrentamentos efetivos aos estressores.

Descritores Estresse; Saúde; Docente universitário.

ABSTRACT

We aimed to describe the stress level of health area university faculties of a private institution from the Federal District surrounding areas. This is a cross-sectional, analytical and quantitative study, conducted between August and December 2017. Data were gathered through the next self-reported instruments: sociodemographic and occupational form; and Work Stress Scale. The stress levels in health area faculties were low in 67% of them. The most stressful situations reported were: the lack of autonomy for work execution, the deficiency of spreading information on organizational decisions; the lack of information on the tasks at work, the insufficient time for performing the tasks at work, type of control at work and insufficient time to attend the work demands. Although the teaching profession is considered stressful, faculties seem to deal very well with the stressful situations from work environment through effective coping strategies.

Descriptors: Stress; Health; University lecturer.

REVISA

¹ Acadêmica de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
sthefani_andrade_sa@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
marques-sm@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
cris.akiko7@gmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires-Valparaíso de Goiás (GO), Brasil.
grazyely85@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil.
Lguido344@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais. Universidade Paulista. Goiânia, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

Recebido: 10/06/2018
Aprovado: 11/08/2018

INTRODUÇÃO

O estresse é um termo atualmente utilizado e frequentemente pessoas reclamam do estresse ou que estão passando por uma situação estressante. Esse fenômeno está presente diariamente na vida da sociedade, desde a execução de tarefas simples do cotidiano, até aquelas mais complexas, as quais exigem maior demanda física e emocional.¹

Do ponto de vista biológico, o estresse é compreendido como um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas.² O estresse é um estado que se manifesta por meio da emoção que desencadeia uma reação neuro-endócrina.³ Atualmente, destaca-se o modelo interacionista que descreve o estresse como qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo que taxar ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao sistema social ou tissular.⁴

No campo do trabalho, o estresse resulta de diferentes situações em que a pessoa percebe o ambiente laboral como excedente aos seus recursos adaptativos.⁵ Dentre os diversos enfoques do estresse na área da saúde, muitos estudos se voltam para a atividade assistencial ou gerencial do enfermeiro, especialmente no que diz respeito à atuação em unidades de média e alta complexidade. No entanto, a docência é apontada por diversos trabalhos na literatura mundial como uma das profissões mais estressantes na atualidade.⁶

No caso dos docentes da área da saúde, além dos fatores estressores próprios relativos ao meio acadêmico, tais como condições inadequadas de trabalho, carga horária excessiva, salários defasados, relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, e também a relação aluno professor, muitos exercem atividades assistenciais durante o ensino prático dos discentes, o que inclui situações como estudos para qualificação profissional, atividades assistenciais, de consultoria, pesquisa e extensão. Essa associação de diferentes estressores a que estão expostos esses profissionais, docentes e profissionais da área de saúde, em seus variados ambientes de trabalho torna importante sua apreciação em estudo científico.⁶

Dessa forma, o estresse ocupacional pode levar os docentes a depressão, falta de ânimo, falta de envolvimento com o trabalho e a organização, faltas e atrasos frequentes, excesso de visitas ao ambulatório médico e farmacodependência.⁷ Por conseguinte, altos níveis de estresse nos docentes podem influenciar as práticas de ensino e, conseqüentemente, interferir negativamente na qualidade do processo de formação de futuros profissionais.⁸

Frente a isso têm-se percebido uma preocupação, cada vez maior, das organizações para com a saúde e o bem-estar dos seus colaboradores, faz-se necessário reconhecer os estressores presentes no ambiente de trabalho do docente da área de saúde para que se possa identificar e aplicar estratégias de manejo de estresse no âmbito individual e coletivo a fim de minimizar o estresse no trabalho e dessa forma, melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos professores da área de saúde.⁹

Com base nisso, esse estudo tem como objetivo descrever os estressores mais frequentes e o nível de estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo, realizado em uma universidade privada de ensino do estado de Goiás entre agosto e dezembro de 2017. Foram incluídos docentes vinculados à instituição no

período de coleta de dados, com no mínimo 20 horas aulas semanais ministradas na instituição e atuantes nos cursos da área de saúde (enfermagem, farmácia ou fisioterapia). Foram excluídos os docentes em licença de qualquer natureza ou cuja formação básica não seja nas áreas de enfermagem, farmácia ou fisioterapia.

Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos auto-aplicáveis: Questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional dos docentes e Escala de Estresse no Trabalho (EET). Esses foram distribuídos no ambiente de trabalho para serem respondidos no domicílio após a exposição dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A data de devolução foi agendada com cada docente, segundo sua disponibilidade, pelos pesquisadores previamente treinados para a coleta.

O questionário sociodemográfico e profissional envolveu as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, estado civil, presença de filhos, formação acadêmica, curso principal em que atua, categoria profissional exercida na área da saúde, tempo de atuação, grau de escolaridade, carga horária semanal, regime de trabalho (hóstia, parcial ou integral), número de vínculos empregatícios, jornada de trabalho diária, férias e turno de trabalho, renda mensal total recebida em salários mínimos, despesa mensal em salários mínimos e suficiência da renda mensal para a manutenção.

A EET, construída e validada em 2004¹⁰ junto a 437 trabalhadores de diferentes organizações, públicas e privadas para mensurar o nível de estresse ocupacional geral. Ela é composta por 23 itens dispostos em escala tipo likert de cinco pontos, em que: 1 – discordo totalmente, 2 – discordo, 3 – concordo em parte, 4 – concordo e 5 – concordo totalmente. A partir da soma das pontuações assinaladas em cada item, obtêm-se os escores de estresse ocupacional, sendo que quanto maior a pontuação, maior o estresse apresentado pelo indivíduo no âmbito do trabalho. Os itens de maior média representam as situações que mais frequentemente implicam estresse aos docentes. No processo de validação, foram observados Alfa de Cronbach de 0,91 para o grupo de 23 itens do instrumento, sendo considerado um instrumento confiável para aplicação em trabalhadores.

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2007) e utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17,0. As variáveis qualitativas serão apresentadas em valores absolutos (n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas serão expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. Para análise da consistência interna dos instrumentos será utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach.

Após a obtenção da autorização para a coleta de dados na instituição pesquisada, o projeto foi submetido, via plataforma Brasil, para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado. Foi entregue ao CEP, o Termo de Confidencialidade, o qual afirma o compromisso dos pesquisadores diante da utilização e preservação do material por um período de cinco anos. Além disso, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa junto aos instrumentos, sendo assinado em duas vias (uma para o sujeito e outra para o pesquisador).

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra estudada 21 docentes. Destes, 2 deixaram em branco o questionário, 11 não entregaram, restando 9 docentes como população de acesso da pesquisa. A Tabela 1 mostra a distribuição dos dados

sociodemográficos dos docentes universitários de acordo com as variáveis indicadas.

Tabela 1- Distribuição dos dados sociodemográficos dos docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada. Goiás, 2017.

Variáveis	n°	%
Sexo		
Feminino	4	44,4
Masculino	5	55,6
Total	9	100
Situação Conjugal		
Casado	5	55,6
União estável	3	33,3
Solteiro com acompanhante	1	11,1
Total	9	100
Possui filhos		
Sim	5	55,6
Não	4	44,4
Total	9	100
Residem com		
Família	9	100
Total	9	100

De acordo com os dados obtidos 55,6% dos docentes são do sexo masculino, casados e possuem filhos. Outros dados coletados indicam que 100% dos docentes residem com a família. Na tabela 2, apresenta-se a distribuição dos dados ocupacionais dos docentes universitários da área de saúde.

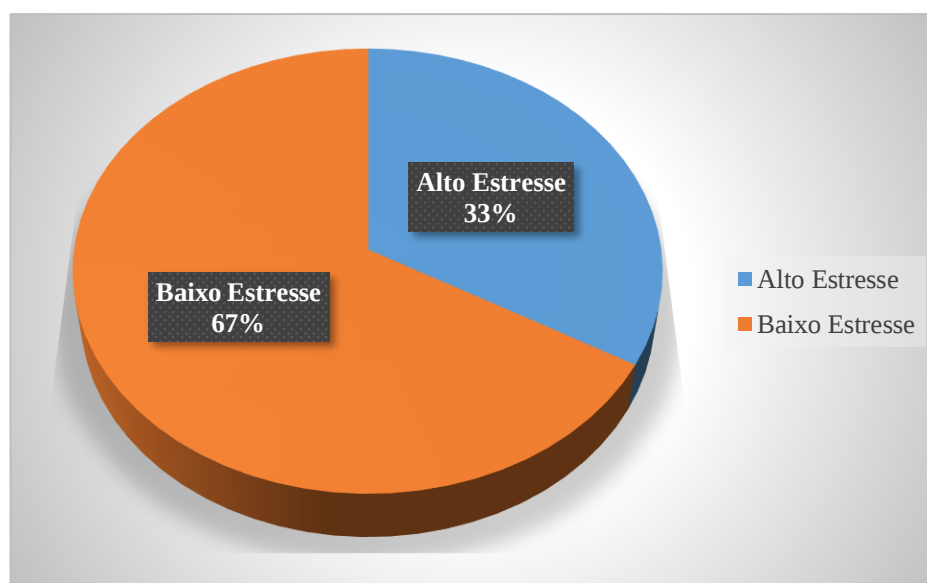
Tabela 2- Distribuição dos dados ocupacionais dos docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada. Goiás, 2017.

Variáveis	n°	%
Regime de trabalho		
Horista	6	66,7
Parcial	1	11,1
Integral	2	22,2
Total	9	100
Período de trabalho		
Manhã/ Tarde/ Noite	8	88,9
Manhã/ Noite	1	11,1
Total	9	100
Renda mensal		
Entre 2 e 5 salários mínimos	2	22,2
Entre 5 e 10 salários mínimos	4	44,4
Entre 10 e 30 salários mínimos	2	22,2
Não respondeu	1	11,1
Total	9	100

Tirou férias no ultimo ano			
Sim	6	66,7	
Não	3	33,3	
Total	9	100	
Grau de escolaridade			
Especialização	3	33,3	
Mestrado	5	55,6	
Doutorado	1	11,1	
Total	9	100	

Verifica-se, acima, que 66,7% dos docentes trabalham como horistas, 88,9% trabalham nos três períodos do dia, manhã/ tarde/ noite, 44,4 % possuem renda mensal de 5 a 10 salários mínimos e 66,7% tiraram férias no ultimo ano. Em relação a formação acadêmica, observa-se predomínios de profissionais formados em enfermagem (22,2%), fisioterapia (22,2%) e farmácia(22,2%), com mestrado concluído (55,6%) e que atuam no curso de fisioterapia (33,3%). Além disso, dados adicionais analisados indicam predomínio de docentes que possuem mais de um vínculo empregatício (66,7%) e consideram a renda mensal insuficiente para a sua manutenção (66,7%). Na Figura 1, descreve-se o Nível de estresse dos docentes universitários da área de saúde.

Figura 1-Nível de estresse dos docentes universitários de uma faculdade privada. Goiás, 2017.



Observa-se predomínio de baixo nível de estresse nos docentes universitários (67%). Além disso, as situações avaliadas como mais estressantes são: a falta de autonomia na execução do trabalho, a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais, falta de informações sobre as tarefas no trabalho, tipo de controle existente no trabalho e o tempo insuficiente para realizar o volume de trabalho.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise dos dados, é possível observar que 55,6% dos docentes são do sexo masculino, casados e com filhos. Esses resultados se aproximam dos encontrados em uma pesquisa feita em Porto Velho, em uma

instituição de ensino superior privada, onde 55% dos sujeitos pesquisados era do sexo masculino, 73% eram casados e 74% dos profissionais tinham filhos.¹¹

Na pesquisa a predominância de pessoas casadas 55,6%, um relacionamento estável estaria entre a menor ocorrência de estresse, já que as pessoas solteiras ou com relacionamentos instáveis, têm maior desgaste emocional e baixa realização. A análise que pode ser realizada com esses fatores é que estes podem influenciar no sentido de protelar o progresso de estresse, em razão desses profissionais encontrarem o apoio afetivo da família.¹¹

A existência de filhos faz com que as pessoas que tem um relacionamento estável possam ser mais resistentes a situações estressantes, pois a tendência geral encontrada nos pais, é de serem pessoas mais maduras, estáveis e a boa relação com a família e os filhos traz maior capacidade para enfrentar os problemas pessoais e conflitos emocionais.¹¹

De acordo com os resultados 88,4% dos docentes trabalham nos três turnos, matutino/ vespertino/ noturno, o que pode acarretar diversos transtornos, deixando-os suscetíveis a situações de exaustão e estresse. Entre os docentes pesquisados destacam-se os que trabalham em mais de uma instituição 66,7%. Apesar disso 66,7% dos docentes trabalham por regime de horas.¹¹ Isso torna o trabalho mais adaptativo e flexível, facilitando a diversidade de empregos.

Quanto ao grau de escolaridade 55,6% fizeram mestrado. Segundo estudos, pessoas com nível educacional mais elevado são mais predispostas a situações de estresse, pois tem maior nível de responsabilidade. Porém a realização profissional pode levar o profissional a uma grande satisfação pessoal relacionada ao status e ao reconhecimento que possuem as profissões de nível superior.¹¹

De acordo com a renda mensal 44,7% dos docentes recebem entre 5 e 10 salários mínimos.

Com base nos dados da pesquisa 66,7% dos docentes tiraram férias no último ano, fator importante que influencia no bem estar e qualidade de vida pessoal e profissional do docente. Cada pessoa desenvolve um padrão de resposta individual para situações problemáticas. Algumas estratégias são usadas como válvula de escape, que envolve buscar o lazer ou alguma atividade prazerosa. As férias é uma forma de diminuir o estresse ou se afastar das fontes estressoras.¹²

A partir da Escala de Estresse de Trabalho (EET), foi possível identificar que o nível de estresse dos docentes no momento da pesquisa apresentou-se baixo (67%). O que não anula as situações de estresse vividas pelos docentes, porém aponta para as diversas formas de adaptação, onde o docente aprende a lidar com as diversas situações conflitantes e as relações de amizade no serviço que desenvolvem a empatia, o trabalho em grupo e a dinâmica e tornam o trabalho menos estressante.

Podemos destacar como situações menos estressoras de acordo com os dados coletados: senti-se incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho, ficar irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho, ficar de mau humor por me sentir isolado na organização, a falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado, a competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor e a falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação. Esses dados mostram que as relações de trabalho saudáveis são de fundamental importância para um ambiente equilibrado. O estresse de acordo com vários estudos está ligado ao meio, indicando um processo de interação, objetividade e subjetividade do sujeito e o contexto de trabalho.¹³

Na figura 1 podemos observar que apenas 33,3% dos docentes

apresentam nível alto de estresse um valor menor, porém importante. Esse indicador mostra que parte desses trabalhadores estão mais susceptíveis aos estressores e por isso mais vulneráveis ao estresse.¹³

Em uma pesquisa feita anteriormente com uma amostra de 42 enfermeiros que trabalhavam em hospitais psiquiátricos, verificou-se que 62% deles não apresentavam estresse. Esse resultado se aproxima do obtido com os docentes o que nos mostra que provavelmente o meio ambiente acadêmico enquanto estressor influencia na ocorrência do estresse, mas não o determina. O que significa que o estresse é relativo e recebe a influência do contexto e do indivíduo. O estresse é fenômeno humano e isto sugere que a sua abordagem deve ser vista pelos aspectos não somente biológico, mas, também psíquico e social, considerando-se, as especificidades individuais e os condicionantes do processo saúde-doença.¹³ Os autores concluíram que quanto mais o docente identifica em sua organização de trabalho valores de autonomia, bem-estar, ética e preocupação com a coletividade, menos ele relata estresse, indicando que valores organizacionais influenciam significativamente o estresse ocupacional e que a gestão da cultura organizacional pode melhorar o nível de estresse.¹⁴

CONCLUSÃO

O nível de estresse nos docentes universitários da área de saúde foi baixo de acordo com os dados coletados, o que difere de outros resultados publicados na literatura. Porém, nota-se que fatores sociodemográficos e dados trabalhistas podem influenciar e mudar o nível de estresse dos docentes, tais como: regime de horas, que torna mais flexível às horas trabalhadas; férias, forma de relaxamento e descanso do docente em relação ao trabalho; grau de escolaridade, a qualificação abre um leque de oportunidades como melhores empregos, salários mais altos, menor carga horária de trabalho e maior qualidade de vida; as relações de amizade, que trazem descontração e envolvimento entre a equipe.

O estresse possui um contexto muito diversificado e com isso pode-se, por meio dessa pesquisa, verificar que muitas profissões consideradas estressantes, como a docência, podem variar de acordo com cada indivíduo e seu ambiente de inserção. Cada pessoa tem sua forma de lidar com as mais variadas situações, o que para uns podem ser estressante, para outros, são desafios a serem superados. Por consequência, o baixo nível de estresse contribui para a satisfação pessoal e profissional, com incremento do desempenho do profissional.

Como limitação do estudo, destaca-se a limitação amostral, o que se deve ao menor número de profissionais que atuam nas disciplinas pré-profissionalizantes e profissionalizantes da instituição, bem como ao período final do semestre, rotineiramente de maior carga de atividades, o que impacta na adesão à pesquisa.

Sendo assim recomenda-se que sejam feitas pesquisas futuras para melhor levantamento de dados sobre o estresse nessa região, pois é de suma importância para promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores em especial no contexto aqueles que trabalham na área da educação superior.

REFERÊNCIAS

- 1-Martins LMM, Bronzatti JAG, Vieira CSCA, Parra SHB, Silva YB da. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev Esc Enf USP 2000; 34(1): 52-8.
- 2-Figueiras JC, Hippert MIS. A polêmica em torno do conceito de estresse. Psicol ciênc prof 1999; 19 (3): 40-51.

- 3-Bianchi ERF. Escala Bianchi de stress. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp):1055-6.
- 4-Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3): 63-7.
- 5- T. Paschoal, A. Tamayo. Validação da escala de estresse no trabalho. Estud psicol. (Natal) 2004; 9(1): 45-52.
- 6-Miranda LCS, Pereira CA, Passos JP. O Estresse nos docentes de enfermagem de uma universidade pública. Rev de Pesq: cuidado é fundamental. 2009; 1(2): 335-44.
- 7-Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paideia 2010; 20 (45): 73-81.
- 8-Amorin C, Júnior OM, Guimarães S. O stress do professor. Psicol Argum 2007; 25(48): 103-7.
- 9-Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):355-62.
- 10-T. Paschoal, A. Tamayo. Validação da escala de estresse no trabalho. Estud Psicol (Natal) 2004; 9(1): 45-52.
- 11-Pereira SMA. A síndrome de burnout- o estresse em docentes das instituições de ensino superior privada de porto velho [dissertação]. Brasília. Universidade de Brasília UNB; 2008.
- 12-Costa CE, Bachion MM, Godoy FL de, Abreu LO de. Percepção sobre o estresse entre professores universitários. Rev RENE 2005 set-dez; 6(3): 39-47.
- 13-Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. Stress no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(3): 63-7.
- 14-Freitas GR de. Estresse, Ansiedade e Qualidade de Vida em Professores: Efeitos do Relaxamento Progressivo [dissertação]. Bauru. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Faculdade de Ciências UNESP; 2015.

ANÁLISES FITOQUÍMICAS DE *Copaifera langsdorffii* DESF

PHYTOCHEMICAL ANALYSIS OF *Copaifera langsdorffii* DESF.

Allan Jones Matias Lisboa¹, Felipe José Gomes Queiroz², Ani Cátia Giotto³, Jovenilson Francisco dos Santos¹, Kelen Cristina da Silva¹

Como citar:

Lisboa AJM, Queiroz FJG, Giotto AC, Santos JF, Silva KC. Análises fotoquímicas de *Copaifera langsdorffii* DESF. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 208-13.

RESUMO

O cerrado possui grande variedade, de plantas de ações farmacológicas conhecidas e com usos já consagrados pela cultura popular. Este trabalho buscou analisar a composição fitoquímica de *Copaifera langsdorffii* Desf, árvore típica do cerrado. Através das identificações qualitativas das substâncias constituintes, foi possível comprovar ação farmacológica da espécie *Copaifera langsdorffii*, como cicatrizante, antibacteriana. Neste intuito de classificar suas composições químicas é qualitativa, de maneira que a população do Valparaíso de Goiás vem usando para tratamentos terapêuticos ou cura de algumas enfermidades. Assim a intensão de analisar as amostras em laboratório com os compostos químicos qualitativos.

Descritores: Farmácia; Copaiba; Planta medicinal.

ABSTRACT

The Brazilian biome has a wide variety of plants of pharmacological actions known and with uses already consecrated by popular culture. This work aimed to analyze the specific phytochemical composition of *Copaifera langsdorffii* Desf, a typical cerrado tree. Through the qualitative identification of the constituent substances, it will be possible to prove the pharmacological action of the species *Copaifera langsdorffii*, as cicatrizant, antibacterial. In order to classify their chemical compositions is qualitative, so that the population of Valparaíso de Goiás has been using for therapeutic treatments or cure of some diseases. Thus the intention of analyzing the samples in the laboratory with the qualitative chemical compounds

Descriptors: Pharmacy; Copaiba; Medicinal plant.

REVISA

¹ Acadêmico de Farmácia.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.

² Farmacêutico. Mestre em
Farmácia. Faculdade de Ciências e
Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
fellipegomes2008@gmail.com

³ Bióloga. Doutora em Botânica.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.
ani@senaaires.com.br

Recebido: 10/06/2018
Aprovado: 11/08/2018

Este artigo resulta do Projeto de Inciciação Científica intitulado "Avaliação da qualidade de drogas vegetais de espécies nativas do Cerrado" desenvolvido na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

INTRODUÇÃO

Copaifera lagsdorffii Desf, família Leguminosae, possui nomes populares como copaíba, pau-d'óleo, podói, cupaúba e cupiúva. As plantas do gênero *Copaifera* são encontradas em territórios da África, e nas regiões de clima tropical e subtropical que são específicos da América do Sul, como por exemplo o Brasil. No Brasil, a espécie apresenta maior ocorrência nos estados do Pará e Amazonas. Entretanto, também pode ser encontrada em outras regiões em que a mesma apresenta adaptações¹

As espécies desse gênero tendem a se desenvolver como arbustos ou árvores que chegam a atingir altura de até 40 metros podendo fornecer madeira e óleo-resina, dois produtos extraídos de seu tronco com características de exploração a nível comercial e industrial. A madeira é utilizada na produção de compensados e o óleo resina é empregado na medicina popular como anti-inflamatório e bactericida, além disso pode ser utilizado como combustível na iluminação doméstica rudimentar. O óleo-resina, também conhecido como bálsamo de copaíba, é obtido através da exsudação do tronco. As principais espécies conhecidas e utilizada para esses fins são a *C. reticulata* (copaíba marimari), *C. officinalis* (copaíba verdadeira) e *C. lagsdorffii* (copaíba vermelha).²

O período da floração e frutificação das árvores de copaíba ocorre aproximadamente a partir dos cinco anos após o plantio. Em meados de outubro e julho observa-se que a floração ocorre juntamente com a frutificação, havendo discreta e leve variação de tempo dentre os intervalos, podendo também ter variação de região e do clima, e ainda ausência de florescimento anual³.

Historicamente, a planta vem sendo utilizada no tratamento e cura de diversas doenças. No Brasil, as plantas medicinais tem seu valor de utilização empírica pela sociedade. Dentre elas, o óleo de pau-d'óleo, líquido transparente cuja coloração tende a variar do amarelo ao marrom, provindo de árvores de localidade nativa com clima tropical da América Latina e África Ocidental¹.

A utilização de plantas com fins medicinais para tratamento, cura e prevenção de doenças é uma das mais antigas formas de prática medicinal da humanidade.⁴ No Brasil especificamente na região amazônica, as plantas medicinais tem seu valor de utilização empírica pela população e, dentre elas, temos como destaque o óleo de copaíba, um líquido transparente cuja coloração tende a variar do amarelo ao marrom, oriundo de árvores nativas da região tropical da América Latina e África Ocidental.⁵

Ao óleo de copaíba, é atribuída atividade anti-inflamatória, cicatrizante, gastroprotetora que já possuem comprovação científica por vários estudos experimentais realizados⁶. Entretanto, há diversas outras indicações, sendo considerado hipotensor, anti-reumático, antiespasmódico, laxante, contraceptivo e anti-tumoral, podemos observar que o óleo apresentou eficácia anti-inflamatória obtiveram resultados semelhantes.⁷

Não se sabe os possíveis efeitos tóxicos do óleo de copaíba. *Copaifera officinalis* foi a primeira espécie do gênero *Copaifera* a ser descrita e um estudo feito sobre os constituintes das sementes desta espécie, através de análise por cromatografia em fase gasosa utilizando padrões e através de espectrometria de massas permitiu a identificação da predominância de ácidos graxos (hexadecanóico, 9-octadecenóico e octadecanóico (majoritários); e decanóico, eicosanóico, docosanóico e tetracosanóico (minoritários), mas também de cumarina, esteróis e hidrocarbonetos, como o esqualeno, o tetradecano e o hexadecano. Sabe-se que o óleo de copaíba em doses fortes provoca efeitos adversos como náuseas, vômitos e diarreias com cólicas, febre e exantema em

diversas partes do corpo.⁷

O presente estudo teve como objetivo identificar a presença dos metabólitos taninos, alcaloides e flavonóides glicosídeos por meio de extratos provenientes de casca e de óleo de copaíba.

MÉTODO

Amostras de casca de *Copaifera langsdorffii* Desf. foram adquiridas na feira permanente da região de Valparaíso de Goiás. No laboratório de farmacognosia as amostras de casca, adquiridas em embalagem original, foram reduzidas a amostra de menor tamanho com auxílio de lâminas de faca sendo, em seguida trituradas em gral e pistilo. A redução de tamanho de partículas foi necessária para uma extração mais eficiente. Por meio de balança analítica de precisão (Modelo Bioprecisa FA2104N), pesou-se 1g da droga vegetal para determinação de taninos, 2g para flavonóides glicosídeos e 2g para alcaloide. As quantidades foram transferidas para béquero de vidro com o volume fixo de 50mL para cada análise.⁸

Extração e qualificação de taninos

No béquero para extração e qualificação de taninos foram acrescentados 30mL de água destilada, sendo levado ao aquecimento em chapa aquecedora (Modelo Ethik Technology 208-1D), até ebulição por 1 minuto. Nessa primeira parte da extração foi usado, para a separação do extrato em estado de fervura, suporte universal com argola e funil de vidro com um chumaço de algodão para separação do filtrado e das partes sólidas da droga vegetal.

Na segunda parte o resíduo da primeira filtração, foi submetido a novo aquecimento com 20mL de água destilada, sendo este, também submetido à ebulição por 1 minuto. Levou-se esse líquido ao funil utilizado na primeira etapa da extração, juntando os dois filtrados no mesmo béquero aguardando que a solução atingisse a temperatura ambiente.

Em estante de tubos de ensaio, foram separados e identificados seis tubos de vidro devidamente limpos, sendo cada tubo identificado com números de um a seis. Para cada tubo, foram adicionados 2mL da solução preparada inicialmente e adicionadas os reagentes para a qualificação de taninos.

Extração e qualificação de flavonoides glicosídeos

No mesmo béquero foram acrescentados 30mL de álcool 70%, sendo levado ao aquecimento em chapa aquecedora até ebulição. Nessa primeira parte da extração foi usado, para a separação do extrato em estado de fervura, suporte universal com argola e funil de vidro com um chumaço de algodão para separação do filtrado e das partes sólidas da droga vegetal.

Na segunda parte da extração, o resíduo da primeira filtração foi submetido a novo aquecimento com 20mL de álcool 70%, sendo este, também submetido à ebulição. Levou-se novamente o funil utilizado na primeira etapa da extração do líquido, juntando os dois filtrados no mesmo béquero aguardando que a solução atingisse a temperatura ambiente.

Em estante de tubos de ensaio, foram separados e identificados quatro tubos de vidro devidamente limpos, sendo cada tubo identificado com números de um a quatro. Para cada tubo, foram adicionados 2mL da solução preparada inicialmente e adicionadas os reagentes para análise de flavonoide.

Extração e qualificação de alcaloide

Usando um b quer de volume fixo de 50mL foram acrescentados 30mL de HCL a 1%, sendo levado ao aquecimento em chapa aquecedora levando ao aquecimento por 3 minutos. Nessa primeira parte da extração foi usado, para a separação do extrato em estado de fervura, suporte universal com argola e funil de vidro com um chumaço de algodão para separação do filtrado e das partes sólidas da droga vegetal. Foi realizada a alcalinização dos extratos com am nia a 10%, utilizando como marcador a papel de tornassol.

Transferiu-se o material para o funil de separação, onde foi dividido em duas porções da substância, na primeira parte da separação foi colocado 7ml de  ter, e feita a separação, na segunda separação foram adicionados mais 5ml de  ter.

Os extratos separados foram levados ao banho-maria até a evaporação, ao sobrenadante foi adicionado mais 0,5ml de HCL diluído. Foram utilizadas quatro lâminas de microscopia e em cada lâmina colocou-se uma gota da solução ácida extraída e depois ocorreu a adição dos reagentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise de qualificação de taninos, observou-se que não houve precipitado quando a solução de gelatina foi adicionada na amostra do extrato aquoso no tubo, sugerindo que há presença de taninos na amostra, pois não houve complexação (Tabela 1).

Após realizar todos os testes para identificação de taninos, obteve-se resultado positivo apenas para a solução na presença de cloreto férrico, sugerindo ausência de taninos. Entretanto, existem compostos fenólicos o que se justifica pela ocorrência de reação de cloreto férrico a 2%.

Os resultados obtidos de acordo com a metodologia abordada na análise da copaíba apresentaram resultado negativo, apenas o cloreto férrico ocorreu reação positiva demonstrando possuir outros compostos fenólicos. Já em outras análises já publicados sobre está metodologia da copaíba ocorreu resultados positivo. Também podemos supor que isto tenha ocorrido devido à época e região que as amostras tenham sido colhidas que podem influenciar na concentração do metabólito secundário da planta.⁸

Tabela 1- Análise qualitativa de taninos de casca de *Copa fera langsdorffii* Desf. adquirida na feira permanente da região de Valparaíso de Goiás – Brasil.

Taninos		
Tubos	Quantidade e reagentes	Resultado
1	4 gotas - solução de gelatina a 2%	-
2	4 gotas - solução de sulfato de quinina a 1%	-
3	2 gotas - solução de acetato básico de chumbo a 10%	-
4	2 gotas - solução de acetato de cobre a 5%	-
5	2 gotas - Cloreto férrico a 2%	+
6	Branco da reação	

Na análise de flavonoide obteve-se o resultado negativo na reação de Shinoda na complexação com cloreto de alumínio na leitura sob radiação UV (Tabela 2). A positividade da reação em hidróxido de sódio e cloreto férrico sugere a presença de outros compostos fenólicos diferentes de flavonoide.

A análise de flavonóide na copaíba apresentou resultado diferente em relação com outras metodologias que obtiveram resultado positivo, embora tenha sido fraca, mas a presente apresentou resultado positivo para cloreto férrico e hidróxido de sódio sugerindo a presença de outros compostos fenólicos.⁹

Tabela 2- Análise qualitativa de flavonóides glicosídeos de casca de *Copaifera langsdorffii* Desf. adquirida na feira permanente da região de Valparaíso de Goiás – Brasil.

Flavonóide		
Tubos	Reagentes	Resultado
1	1 a 2 fragmentos de magnésio metálico (Reação de Shinoda)	-
2	4 gotas - solução de Cloreto férrico a 2%	+
3	2 gotas - solução de Hidróxido de sódio 5%	+
4	Branco da reação	
*	1 gota - solução cloreto de alumínio a 5%	-

Com a utilização dos reagentes gerais de alcaloides (Mayer, Bertrand, Drangendorff e Bouchardat) observou-se que todos apresentaram resultados positivos indicando a presença de alcaloides (Tabela 3). Em relação a alcaloides os resultados positivos obtidos confirmaram a presença desse metabólito como realizado em outras análises com copaíba embora a amostra seja de outra região e época ⁹.

Os alcaloides são estrutura de níveis complexos de baixo peso molecular, possuem formação molecular cíclica, no qual possui nitrogênio levando como fonte de proteção para a planta com alta toxicidade¹⁰.

Tabela 3- Análise qualitativa de alcaloides de casca de *Copaifera langsdorffii* Desf. adquirida na feira permanente da região de Valparaíso de Goiás – Brasil.

Alcaloides			
Lâmina	Reagentes	Composição do reagente	Resultado
1	Mayer	1 gota - Iodo Mercurato de potássio	+
2	Bertrand	1 gota - Ácido silico-túngstico	+
3	Drangendorff	1 gota - Iodo bismutato de potássio	+
4	Bouchardat	1 gota - Iodo-Iodeto de potássio	+

CONCLUSÃO

Esse trabalho objetivou realizar um estudo fotoquímico da planta copaíba (*Copaifera langsdorffii*), além de descrever suas substâncias analisadas.

A copaíba por ser utilizada na cicatrização de cortes em pele do homem e dos animais, tem ganhado destaque entre os fitoterápicos com a função de potencializar os efeitos da cicatrização e ação anti-inflamatória. Seu uso pela população da região do Valparaíso de Goiás tem sugerido melhora significativa nos tratamentos realizados. O extrato do vegetal analisado teve propriedades identificadas positivamente devido seus constituintes, sesquiterpenos e diterpenos⁶.

REFERÊNCIAS

1. Neto JSL, Gramosa NV, Silveira ER. Constituintes Químicos Dos Frutos De *Copaifera langsdorffii* DESF. Quim Nova. 2008; 31(5):1078-80.
2. Silva CVMR, Pereira JF, Lima HC. O gênero *Copaifera* (Leguminosae-Caesalpinioideae) na Amazônia Brasileira. Rodriguésia. 2008; 59 (3): 455-76.
3. Valdir F. Veiga Junior e Angelo C. Pinto. O GÊNERO *Copaifera* L. Quim Nova. 2002; 25 (2): 273-86.
4. Rosa JC, Gomes MAS. Os aspectos etnobotânicos da copaíba. Rev Geografar. 2009; 4(1): 59-77.
5. Tappin MRR, Pereira JFG, Lima LA, Siani AC, Mazzei JL, Ramos MFS. Análise química quantitativa para a padronização do óleo de copaíba por cromatografia em fase gasosa de alta resolução. Quim Nova. 2004; 27(2): 236-40.
6. Veiga Junior VF, Pinto AC, Maciel MAM. Plantas medicinais: cura segura? Quim Nova. 2005; 28 (3): 519-28.
- 7 Botelho NM, Rodrigues BD, Matos LTMB, Corrêa SC, Santos CAA. Efeito do óleo de copaíba (*Copaifera Officinalis*) na prenhez de ratas. Rev para med. 2010; 23(4): [6 telas].
- 8 Simões CMO, Schenkel EP, Mello JCP, Petrovick P. Farmacognosia: do produto Natural ao Medicamento. Porto Alegre: Artmed; 2016.
- 9 Carvalho PER. Espécies Florestais Brasileiras. Brasília: Embrapa; 1994.
10. Barbosa AP, Palmeira RCF, Nascimento CS, Feitoza DS, Cunha MSC. Leguminosas florestais da Amazônia Central. I. Prospeção das classes de compostos presentes na casca de espécies arbóreas. Rev Fitos. 2005; 1(3): 47-57.

IMPORTÂNCIA E NECESSIDADE DE FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO ESCOLAR

IMPORTANCE AND NEED OF STRATEGIES FOR SCHOOL ORGANIZATION AND MANAGEMENT

Larissa Dayane Soares da Costa¹, Lucineide Maria de Lima Pessoni², Iel Marciano de Moraes Filho³, Carla Chiste Tomazoli Santos⁴, Hellen Araujo de Queiroz⁵, Leila Mendes Araujo⁶.

Como citar:

Costa LDS, Pessoni LML, Moraes-Filho IM, Santos CCT, Queiroz HA, Araujo LM. Importância e necessidade de formas de organização e gestão escolar. 2018; 7(3): 214-27.

RESUMO

Analisou-se a importância e a necessidade das formas de organização e gestão escolar. Foi realizado estudo qualitativo com análise do Projeto Político Pedagógico, observações de campo na escola pesquisada e entrevista com a diretora e professora. Para análise dos dados, foram localizadas categorias que possibilitaram compreender como os processos de organização e gestão da escola tem se materializado em seu contexto real e principalmente no que se refere aos processos de democratização das relações, funções e atividades da escola. Destacam-se as concepções e os princípios de gestão que foram produzidos ao longo História da educação brasileira, com ênfase no modelo de gestão democrático participativa. Consideram-se como problemática as dificuldades encontradas pelos gestores na consolidação de uma gestão verdadeiramente democrática no âmbito das escolas públicas estaduais.

Descritores: Pedagogia; Organização e gestão escolar; Gestão democrático participativa.

ABSTRACT

We assessed the importance and need of strategies for school organization and management. We conducted a qualitative research of a pedagogic political project, field observation and interview with the principal and teachers at school. For data analysis, we identified categories that allowed understanding how the organization and management process at school has been materialized in its real setting- specially regarding the processes of democratization of relations, roles and activities at school. We highlight the conceptions and principles of management that were produced in Brazilian education history, with emphasis on the participative and democratic management model. As problematic, we consider the difficulties faced by managers in consolidating of a real democratic management in state public schools.

Descriptors: Pedagogy; School management and organization; Participative democratic Managing.

REVISA

¹ Acadêmica de pedagogia. Universidade Estadual de Goiás. Goiás, Brasil.

² Pedagoga. Mestre em Pedagogia. Universidade Estadual de Goiás. Goiás, Brasil.

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais. Universidade Paulista. Goiás, Brasil.

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

⁵ Pedagoga. Licenciada em Pedagogia. Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte. Goiânia, GO, Brasil. hellenzinha2305@hotmail.com

⁶ Graduação em Pedagogia licenciatura plena. Pós-graduação em Psicopedagogia. Professora Efetiva SEDUCE - Goiânia - GO. leilamds63@gmail.com

Recebido: 20/06/2018

Aprovado: 10/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

As reflexões aqui apresentadas sobre a temática, formas de organização e gestão da escola colaboram para desvendar o objeto de estudo que tem sido debatido em vários contextos e por diferentes autores, que investigam seus fundamentos, suas concepções e procedimentos, em consonância com os objetivos e as finalidades da escola pública, enquanto instituição social, na sociedade capitalista atual. O trabalho destaca ainda os interesses capitalistas presentes nas metas e nos objetivos da organização escolar.

Nesse sentido, o desenvolvimento do trabalho, tem como principal objetivo analisar como as formas de organização e gestão escolar que tem se destacando no contexto educacional, bem como, as discussões e reformas a partir da década de 1990, que abriu um leque de discussões em torno da democratização da escola pública, com o advento da redemocratização do País e a elaboração da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)¹, na expectativa de impor uma nova concepção de gestão, baseada em princípios democráticos, juntamente com uma crescente valorização da participação de toda a comunidade escolar nas tomadas decisões, a fim de alcançar resultados significativos decorrentes de um maior desempenho das funções administrativas e pedagógicas de todos os componentes da escola em prol de uma maior aprendizagem dos alunos e desenvolvimento dos seus profissionais.²

Nesse sentido, teve-se como objetivo compreender os aspectos organizacionais que vão além da organização formal apresentada em documentos oficiais e uma Escola Estadual de Tempo Integral (EETI), localizada na cidade de Inhumas-Goiás

MÉTODO

Numa abordagem qualitativa, procura identificar os impactos que a nova cultura escolar, ancorado pelo tripé composto por estratégias de descentralização, autonomia e participação traz para as instituições de ensino, em especial para os gestores, diante das finalidades da educação e da especificidade do processo pedagógico. Para obter maior compreensão da realidade que se apresenta habitualmente na escola, considerando sua complexidade e dinamicidade, foram realizadas observações na Escola Estadual de Tempo Integral (EETI), localizada na cidade de Inhumas-Goiás com entrevistas realizadas com a diretora e uma professora, para

Com objetivo de compreender as práticas de gestão, se realizou uma pesquisa de campo, de cunho descritivo e analítico, numa abordagem qualitativa, em que se buscou analisar por meio das observações, entrevistas, e análise documental, a estrutura e a dinâmica organizativa de uma escola em seu contexto real.

Para se ter maior entendimento da realidade da escola, considerando sua complexidade e dinamicidade, as observações ocorreram, junto a equipe administrativa-pedagógica, recreio e lanche dos alunos, sala de aula, no convívio na escola durante o Estágio Supervisionado em Docência nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental. As entrevistas envolveram a diretora e uma professora, as perguntas foram direcionadas de acordo com suas funções específicas. É válido ressaltar que a escola pesquisada será apresentada aqui com a nomenclatura “EETI”, e as entrevistadas como a diretora “A” e a professora “B”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática abordada nessa pesquisa refere-se às práticas de organização e gestão da escola e sua significância para o bom desenvolvimento das atividades e processos pedagógicos da escola visando a

melhoria das aprendizagens dos alunos e o desenvolvimento dos profissionais que atuam na instituição.

Identificação da Comunidade Escolar

A escola foi fundada em 1956, pela Prefeitura Municipal de Inhumas, no Estado de Goiás. Em 2006, a instituição passou a fazer parte do Projeto Piloto de Escola Estadual de Tempo integral (EETI), iniciado pelo Governo do Estado, através da Secretaria Estadual de Educação (SEE). O primeiro requisito para implantação do projeto foi o baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), em seguida foi avaliado a estrutura e os espaços físicos para futuras instalações, bem como os recursos humanos para trabalhar no contra turno. Ao Atender as propostas, a equipe gestora e demais funcionários optaram pela adesão do projeto, e os pais e os responsáveis que não concordaram com a proposta, requereram a transferência de seus filhos para outra instituição de ensino.

No bairro em que está localizada a escola encontram-se também casas residenciais, Conselho Tutelar, agência prisional, biblioteca pública, câmara municipal, sede do INSS, escola municipal, colégio estadual, escolas particulares que oferecem várias modalidades no ensino, sindicato rural, supermercados, mercado municipal, ginásio de Esportes, praças, fábricas e indústrias, bem como vários templos de diferentes seguimentos religiosos, etc.

A EETI atende aproximadamente cento e setenta e sete alunos em turno integral, matriculados nas séries iniciais do ensino fundamental, permanecendo na escola por um período de nove horas e trinta minutos (9h e 30min), cujo horário de entrada é às sete horas (7h) e de saída às dezesseis horas e trinta min. (16h e 30 min.) No turno matutino é desenvolvido o Currículo Básico, e o turno vespertino, o turno de Ampliação da Aprendizagem que corresponde aos Campos Temáticos: Atividades de Convivência, Hábitos Higiênicos e Alimentares, Apoio a Alfabetização/Letramento, Atividades Esportivas e Corporais, Atividades Artísticas e Culturais e Apoio a Matemática.

Atualmente o quadro de funcionários administrativos está composto por diretora, vice-diretora, secretária geral, coordenadora pedagógica e coordenadora da EETI. Conta também com uma equipe de dezessete professores, sendo dois apoios itinerantes, há duas auxiliares de secretaria, duas merendeiras, quatro servidoras da limpeza, dois vigias e uma dinamizadora de biblioteca.

Estrutura física e material

A EETI possui seis salas, sendo quatro mais amplas e duas menores, cada uma contém um armário para a professora, o armário para oficinas, estante para os cantinhos de leitura, e matemática, uma estante para os livros, filtro, dois ventiladores, uma TV 29', um aparelho DVD, um microssistem, uma mesa com rodinhas para estes equipamentos.

Há sala para diretoria, coordenadores e professores com dois banheiros, equipada com um computador. Possui almoxarifado, dois banheiros para uso dos alunos sendo um masculino e outro feminino com quatro vasos cada um, sendo dois adaptados para atender aos alunos com necessidades especiais, esses banheiros ainda, não são adequados para atender as necessidades da EETI, pois não possibilita que os alunos tomem banho durante o período que permanece na escola. Existe uma cantina com duas dependências, uma servindo para o preparo das refeições e outra para

guardar os gêneros alimentícios, uma padaria equipada com masseira, forno elétrico industrial, forno elétrico, forno industrial a gás, microondas, multiprocessador, descascador de laranjas.

Conta também com uma biblioteca, adequada com recursos próprios e doações da comunidade, contendo três prateleiras inclinadas, três prateleiras duplas, quatro verticais de aço, uma mesa grande formicada, um arquivo, mapas, fitas de vídeos, DVDs. Ainda, um laboratório digital com 19 computadores para alunos.

O atendimento educacional especializado (AEE) da EETI funciona em uma sala equipada, com armário, mesa, computadores, jogos entre outros recursos. Na área coberta, tem um corredor com 56,50 x 1,82 m, que serve de passagem para as crianças com acesso às salas de aulas e banheiros. Na área descoberta, com 3.748,05 m², tem uma parte arborizada usada para recreação, para o plantio da horta, e quadra de esportes com 31,90 m x 18,10 m. Foi construído uma piscina, de 10m x 6m x 1m, com subsídios financeiros dos pais e comunidade escolar, o play ground na entrada da escola também foi construído com auxílio da comunidade interna e externa à escola, com um bazar de roupas novas e usadas, porém, o play ground teve parte do recurso advindo do Programa Mais Educação.

Sistema de organização gestão da escola

As instituições escolares existem para realizar determinados objetivos, que contemplem a aprendizagem, a formação da cidadania, de valores e atitudes. O sistema de organização e de gestão da escola é um conjunto de ações, recursos, meios e procedimentos que proporcionam condições para alcançar esses objetivos.³

Para tanto acresce que as organizações escolares tem sido motivo de estudos, de cunho científico e pedagógico, considerando que o ambiente escolar é um espaço que desenvolve ações e onde se realiza o processo educativo.⁴

Olhar centrado nas organizações escolares não deve servir para excluir, mas antes para contextualizar todas as instâncias e dimensões no ato educativo. É esta capacidade integradora que pode conceber à análise das organizações escolares um papel crítico e estimulante, evitando uma assimilação tecnocrática ou um esvaziamento cultural e simbólico.⁴

Nesta perspectiva, a EETI será analisada observando o sistema de organização e gestão no que concerne à estrutura organizacional, modelo de gestão, práticas participativas, organização pedagógica e curricular, procedimento de elaboração do PPP, enfim, as relações entre a escola, família e comunidade local.

Estrutura organizacional da escola

A EETI que compõe o objeto desta pesquisa, é administrada pela à SEE, possui uma estrutura de organização interna, que comumente está prevista no Regimento Escolar e no PPP.

A estrutura de organização nesta instância é o ordenamento e disposição dos setores e funções que viabilizam o bom funcionamento da escola. A estrutura normalmente é apresentada graficamente em um

organograma, desenho que apresenta as inter-relações entre as funções da escola.

A diretora “A” ao ser questionada sobre os profissionais que atuam juntamente com ela na equipe da escola, disse: *a equipe é formada por diretora, vice-diretora, secretária geral, coordenadora pedagógica e coordenadora da ETI.* (Entrevista com a diretora “A” da EETI no dia 11/11/2015). Evidência que a diretora “A” citou somente a equipe gestora, e não os demais servidores da escola.

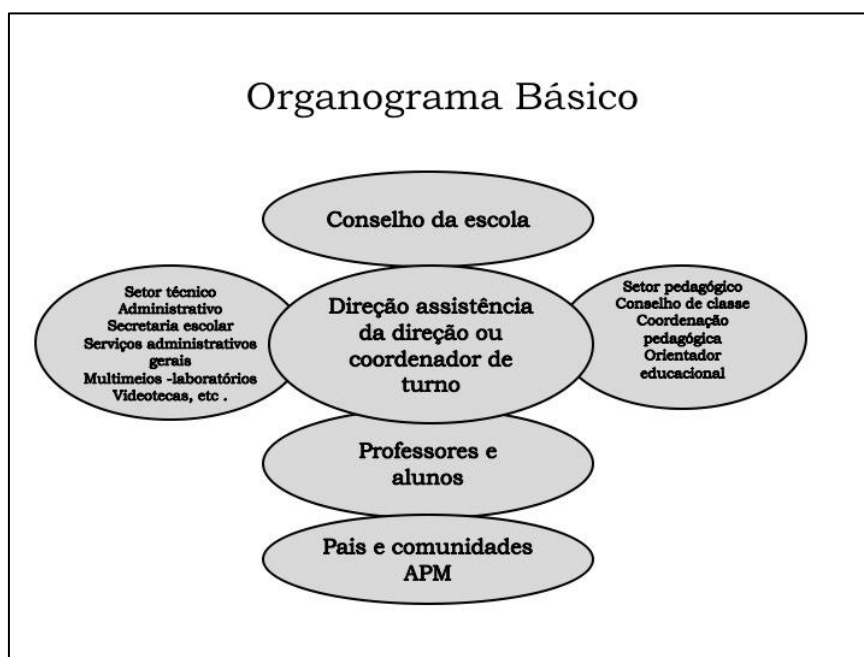
Em nenhum momento da entrevista foi mencionado se a EETI possuía organograma, não esclarecendo a disposição das funções e nem as inter-relações entre os setores e funções que compõem a escola.

No PPP, a estrutura organizacional, é constituída por um quadro, trazendo, nomes dos servidores, tipo de contratação, cargo, função, habilitação, série e turno a que se destinam, e cargas horárias a serem cumpridas. O quadro não tem hierarquia, segue em ordem alfabética.⁵

A instituição escolar que coloca sua estrutura organizacional em desenhos geométricos, está assumindo uma característica própria da concepção técnico-científica de gestão.³ O ideal é que nas concepções autogestionária e democrático-participativa, utilizem-se de desenhos circulares que exibam a inter- relação entre as várias funções, não somente na representação gráfica, como também na organização e execução das tarefas.

Neste sentido os autores apresentam os elementos que devem compor a estrutura organizacional básica de uma escola com gestão participativa.

Figura 1- Organograma básico. Goiás, 2017.



Para se alcançar os objetivos da escola, as instituições precisam ter bem claro a estrutura organizacional com definições de papéis, responsabilidades e basicamente a inter-relação entre os vários setores que compõem a escola, para que o gestor tenha o conhecimento geral dos vários segmentos, de forma a viabilizar, flexibilizar e direcionar o trabalho de todos para uma melhor gestão administrativa e pedagógica da escola.

Modelo de gestão

Nas observações, nas entrevistas e na análise documental, o estilo de gestão que a EETI se propõe é o mais democrático possível. Segundo, a diretora “A” *seu modelo de gestão caracteriza como democrática-participativa* (Entrevista da diretora da EETI no dia 11/11/ 2015). A professora “B” acrescenta, *a gestão da minha escola é bem participativa e aberta às opiniões e contribuições de todos*. (Entrevista com a professora da EETI no dia 12/11/2015).

A gestão da EETI, busca a participação efetiva dos pais, alunos e funcionários. E esta participação acontece no planejamento, implementação e avaliação, seja no que se refere à construção do projeto e processos pedagógicos, quanto às questões de natureza burocrática.⁵

No PPP reafirma os eixos norteadores dessa gestão democrática:

- Descentralização: A administração, as decisões, as ações devem ser elaboradas e executadas de forma não hierarquizada;
- Participação: devem participar todos os envolvidos no cotidiano escolar (professores, estudantes, funcionários, pais ou responsáveis, pessoas que participam de projetos na escola, e toda a comunidade ao redor da escola).
- Transparência: Qualquer decisão e ação tomada ou implantada na escola tem que ser de conhecimento de todos.

A gestão participativa abrange, além dos professores e outros funcionários, os pais e alunos, tendo em vista, a melhoria do processo pedagógico à medida que a escola possa estreitar a comunicação com os pais na interpretação dos processos pedagógicos e avaliativos.^{2,6}

Práticas participativas desenvolvidas pela escola

As práticas participativas que ocorrem na EETI envolvem eleição para diretor, eleição para Conselho Escolar, momentos coletivos, reuniões pedagógicas e Conselho de Classe. As reuniões pedagógicas e coletivas se resumem da seguinte maneira:

- Reunião pedagógica uma vez por bimestre com os pais e professoras, coordenação, direção e conselho escolar para informar sobre o rendimento escolar dos alunos em que todos os envolvidos irão apontar caminhos para que as dificuldades dos alunos sejam amenizadas.
- Reunião pedagógica - Momento Coletivo com todos os funcionários da escola para estudo do PDDE, P. P. P. e Regimento Escolar, projeto aprendizagem e outros temas incluindo o contrato pedagógico dos professores e alunos, de acordo com os direitos e deveres para proporcionar uma melhor organização no trabalho escolar.⁵

Segundo a diretora “A” essas reuniões pedagógicas abordam o cotidiano escolar, avaliando e reavaliando as práticas pedagógicas que estão em exercícios. Contudo, são poucos pais que participam do Conselho Escolar, e das reuniões

pedagógicas específicas, porém, quando a equipe escolar envia bilhetes dizendo que será discutido a vida do aluno e entrega de boletins, muitos pais e responsáveis aparecem na instituição, então aproveitamos esses momentos para informa sobre os desafios que a escola enfrenta, damos oportunidade para levantarem sugestões e críticas.⁷ Em relação as dúvidas que os pais têm, eles não esperam as reuniões para dialogar sobre o que não está legal, conversa com a gente no cotidiano mesmo. (Entrevista, com a diretora “A”, no dia 11/11/2015. Compreendendo que a gestão participativa não ocorra espontaneamente, é necessário que seja provocada, procurada, vivida e aprendida por todos os que pertencem à comunidade escolar, sejam eles, pais, alunos, diretores, professores, funcionários, comunidade geral.⁸

Em especial, a diretora “A” de maneira natural citou que:

A eleição para o conselho escolar ocorre de dois em dois anos, é eleito pela a comunidade, cada segmento vota no seu segmento, ou seja, os pais elegem os pais representantes dos pais, professores elegem representantes dos professores, e o administrativo elegem representantes do administrativo. Então o conselho tem todos os segmentos e todos os membros que são eleitos, são eleitos por seus segmentos específicos. Não é uma eleição que o voto é geral, que cada um vai ocupando um cargo sem orientação, vai sendo orientado, e destinado dessa forma. Lembrando que os alunos participam do conselho, porém, tem algumas etapas que eles não participam por serem de menores. (Entrevista, com a diretora “A”, no dia 11/11/2015)

Logo depois deste relato, foi realizado a seguinte pergunta: qual a função do conselho escolar e quais as contribuições que o mesmo tem na construção da gestão democrática da instituição. Diretora “A”, responde:

A função do conselho escolar é proporcionar a participação dos diferentes segmentos na tomada de decisão, bem como o acompanhamento dos interesses da comunidade escolar, sempre, tendo o foco principal à aprendizagem. O conselho é uma forma de democratizar as relações de poder. (Entrevista, com a diretora “A”, no dia 11/11/2015)

A professora “B” salienta: *o conselho escolar ajuda na busca de soluções e apoio para os acontecimentos que ocorrem na escola.* (Entrevista, com professora “B”, no dia 12/11/2015)

O Conselho Escolar é formado a partir de um colegiado, constituído por pessoas de todos os segmentos da comunidade escolar, com atribuições consultivas, deliberativas e fiscais, com autonomia para deliberar sobre assuntos administrativos, pedagógicos e financeiros, sempre com a finalidade de gerir coletivamente toda a instituição. Na LDB, em sua lei nº 9394/96 no artigo 14, ligado a gestão democrática, em seu inciso II, traz que a “participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes”, assim, o conselho deve ser implementado para que se materialize a gestão democrática.¹

Em meio aos depoimentos das entrevistadas, pode considerar que, a implementação do Conselho Escolar foi um grande avanço para a escola, porém, as práticas democráticas ainda se encontram distante do que se objetiva. Pois, a escola ainda, sofre com a ausência e participação da comunidade.

Nesse sentido, a gestão democrática participativa se daria a partir de práticas articuladas no interior da instituição, sendo, portanto, uma prática política. No entanto, para que essas práticas decisórias, como o Conselho Escolar, se materializem com a participação da comunidade, faz-se necessário que as pessoas compreendam a sua importância, e vivenciem um

lugar onde possam ser ouvidas, e compreender a relevância de sua atuação enquanto seres políticos, ou seja, reflexivos sobre sua condição no mundo. Assim, a participação da comunidade na escola, como qualquer processo democrático só se efetivará a partir da prática das pessoas.

Pellegrini afirma:

a grande riqueza da participação de todos está na medida em que, cada grupo ou cada pessoa traz para o grupo as suas percepções sobre a realidade que o cerca quando os objetivos definidos e os planos de ação estão impregnados dessas diferentes percepções.⁸

Em suma, durante as observações a EETI apesar enfrentar obstáculos, tem buscado criar momentos que discuta, avalie e reavalie as ações da escola, bem como planejar novos projetos de intervenção, buscando um ensino de qualidade, estes que não ocorrem somente em sala de aula, mas na escola toda. “Um contínuo propósito coletivo, uma deliberada e amplamente discutida construção do futuro da comunidade”.⁸

Organização pedagógica e curricular

O currículo da EETI baseia-se no Art. 37, VI parágrafo, da Resolução CEB/CNE nº 7/2010.

A organização pedagógica e curricular ultrapassa a dimensão legislativa, implica numa relação interdisciplinar, voltada para o desenvolvimento de conhecimentos, saberes, habilidades, valores e práticas.

Forquin traduz currículo como:

“conjunto dos conteúdos cognitivos e simbólicos (saberes, competências representações, tendências, valores) transmitidos (de modo explícito ou implícito) nas práticas pedagógicas e nas situações de escolarização, isto é, tudo aquilo a que podíamos chamar de dimensão cognitiva e cultural da educação escolar”.³

A organização curricular da EETI contempla os conteúdos curriculares e sua forma de tratamento, bem como, o plano curricular definido pelo Projeto Pedagógico da unidade escolar, em consonância com a legislação.

As disciplinas consistem em Artes, Ciências, Ensino Religioso, Educação Física, Geografia, História, Português e Matemática. É trabalhado temas transversais como: bullying; cultura indígena; cultura afro; ética e moral; sexualidade; drogas e saúde. Ainda, no turno de ampliação da aprendizagem, contam com os campos temáticos: atividades de convivência, hábitos higiênicos e alimentares; apoio à alfabetização/Letramento; apoio à Matemática; atividades artísticas e culturais; atividades esportivas e corporais. Segundo a diretora “A”, *a parceria da EETI com uma universidade, também tem contribuído com a parte pedagógica da escola, pois, as estagiarias elaboram projetos inter-transdisciplinar de acordo com a realidade dos alunos.* (Entrevista com a diretora “A”, no dia 11/11/ 2015).

A partir de uma reunião informal com a equipe gestora, professora de estágio e estagiários de uma determinada universidade, surgiu a seguinte síntese:

A equipe gestora da EETI foca na aprendizagem das crianças e aponta como desafios enfrentados a desvalorização do profissional docente, e queixam a falta de apoio e responsabilidade do Estado, este que tem uma

lógica de reordenamento neoliberal, pois criou o projeto de EETI, publicou e divulgou para sociedade, mas não operacionalizam, negligenciando os direitos das crianças.

A EETI funciona desde 2007, mas vem sofrendo redução de profissionais por parte do governo, para tanto, a comunidade escolar assume múltiplas funções para atender as propostas do Estado, pois questões políticas, falta de direcionamentos das verbas, estão afetando a proposta pedagógica da escola e o trabalho dos professores e dos funcionários. Desta forma, segundo o PPP da EETI, a escola não pode ser considerada um “*depósito de crianças*” e, nem o trabalho confundido com assistencialismo, ela é um espaço educativo que precisa do apoio de todas as instâncias para cumprir realmente seu papel.⁵

Na legislação a escola tem direito a seis pessoas trabalhando na cantina e três na limpeza, contudo, contam apenas com três profissionais para atender a demanda. O quadro de professores no turno matutino está completo, mas no turno ampliado é defasado, pois trabalham com 50% de professores a menos, impossibilitando o reagrupamento, e deste modo interferindo em toda a concepção de escola integral. De acordo com o PPP:

as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que: “Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos.”^{5,9}

A escola tem matriculados três alunos com de Necessidades Educacionais Especiais (ANEE), e apesar de amparados legalmente, têm apenas um professor de apoio que é itinerante e atende somente no turno matutino. Segundo a Superintendência de Ensino Fundamental – SEF/EETI:

“os Campos Temáticos fazem parte do segundo momento da jornada ampliada e devem ser desenvolvidos com a finalidade de complementar, ampliar, fortalecer e enriquecer os saberes conceituais, procedimentais e atitudinais integrados aos componentes curriculares previstos na Base Nacional Comum em consonância com o Currículo Referência da Rede Estadual de Educação”.¹⁰

O turno de ampliação é composto por cinco campos temáticos. Portanto, a maior dificuldade encontrada nesse turno é a falta de professores com saberes específicos: artes, cultura, dança, música, teatro. No ano de 2014 a EETI contava com a parceria e o apoio técnico do grupo “Ciranda da Arte”, que atualmente tornou-se inviável devido ao fato de não realizar os reagrupamentos das turmas, deste modo não era possível desenvolver o projeto com turmas lotadas, o fuxico que também era trabalhado no turno de ampliação realizado por uma professora, foi suspenso devido a inviabilidade do reagrupamento.

Apesar das limitações, a EETI tem buscado uma organização curricular cujo objetivo é o de propiciar aos educandos um ensino de qualidade, voltado à formação integral do mesmo, desenvolvendo as habilidades necessárias para o domínio das diferentes áreas do conhecimento. Estes que são essenciais à formação de atitudes e valores contribuindo para o fortalecimento dos vínculos familiares, laços de solidariedade e tolerância recíproca em que se assenta a vida social.

3.2.2 Procedimentos de elaboração do Projeto Político Pedagógico e as Relações entre escola, famílias e comunidade local

Projeto pedagógico-curricular é um documento que apresenta um plano de trabalho, este que resulta na formulação de objetivos e metas, previsão de ações, levantamento de procedimentos e instrumentos que orientam o processo educativo para atingir as finalidades cognitivas, sociais, políticas e culturais da instituição e dos alunos.³ No que tange o PPP da EETI, a diretora “A” e a professora “B” discorreram:

“O projeto político pedagógico foi criado, e os primeiros foram elaborados uns vinte anos atrás, então esses primeiros projetos eles eram muito superficiais, os primeiros que foram sendo elaborados, é lógico que por experiência, eles foram sendo melhorados. Então na verdade o que a gente tem hoje, faz parte de um processo, desse que começou há vinte anos. Antes também, não tinha esse envolvimento e a participação da comunidade, então o que nós temos hoje, na EETI, quando eu vim para cá há doze anos já existia um PPP. Este projeto todo ano ele é apresentado para a comunidade, principalmente aos funcionários, pois, sabemos que o envolvimento dos pais é muito fantasioso, porque não adianta, eu dizer aqui, que os pais participariam ativamente, pois não é assim que ocorre. Sendo assim, o PPP do ano anterior é apresentado, então é feito uma avaliação, diagnóstico do que aconteceu no ano anterior e agente já se prepara a cada ano, e com base nesse PPP algumas ações são retiradas porque são específicas daquele ano ou porque foram aplicadas e não deram certo, deste modo, são elaboradas outras ações. Temos a participação de alguns pais, eles fazem sugestões, críticas, aí coletamos esses dados e aplicamos também. (Entrevista com a Diretora “A” no dia 11/11/ 2015)

É importante que a instituição escolar tenha um discurso condizente com a sua prática, o discurso que está presente tanto nas falas das pessoas envolvidas, como também nos documentos da escola, traz uma dissonância entre o que apresentam como modelo de gestão e as práticas desenvolvidas no ambiente escolar.

Uma vez que, a diretora “A” ao dizer que a participação da família é “fantasiosa” na elaboração do PPP, e que o mesmo é só “revisado ano após ano” está contradizendo a concepção democrático-participativa até então defendida pela EETI. Pois, na elaboração do PPP deve estabelecer uma relação orgânica entre a direção e a participação dos membros da equipe escolar. Ainda, o PPP deve ser elaborado todos os anos, considerando às necessidades sociais, as novas demandas da comunidade local, bem como a área pedagógica e o próprio funcionamento da escola.

sob supervisão e responsabilidade do diretor, a equipe escolar formula o plano ou projeto político pedagógico, toma decisões por meio da discussão com a comunidade escolar mais ampla, aprova um documento orientador. Neste princípio está presente a exigência da participação de professores, pais, alunos, funcionários e outros representantes da comunidade, bem como a forma de viabilização dessa participação: a interação comunicativa, a

busca do consenso em pautas básicas, o diálogo intersubjetivo.³

Em suma, a concepção de gestão democrática, não implica só na participação na gestão, mas também a gestão da participação. “A participação não pode servir para respaldar decisões previamente definidas, mas deve se forma de levar a equipe escolar a soluções inovadoras e criativas”.³

O autor salienta também que:

A efetivação da prática de formulação coletiva do projeto político pedagógico ainda é, na maioria dos casos, bastante precária. Vigora mais como um princípio educativo do que como instrumento concreto de mudanças do comportamento e das práticas dos professores.³

A diretora “A” e professora “B” foram questionadas da seguinte maneira: vocês consideram que as atuais políticas da Secretaria de Educação têm colaborado para a implantação de uma gestão verdadeiramente democrática?

Diretora “A”, respondeu:

Não, os maiores entraves para essa consolidação é o eles falam de autonomia né, eu sei que muitas pessoas, até dentro das escolas mesmo, nossos colegas e funcionários, entendem a autonomia como poder fazer o que quiser, e eu sei que não é isso. Tenho bem claro na minha cabeça que, autonomia não é o Governo destina um recurso e ao chegar aqui eu só fazer o eu quiser. Vamos pegar esse dinheiro e nos sentar um grupo e eleger o que é prioridade para a escola. Não é isso, essa concepção temos bem clara aqui na escola. Essa falta de autonomia, a burocracia, o excesso de documentação, exigências tomam muito tempo, o retorno também demora muito, quando você chega a questionar alguma coisa que precisa ser realizada na escola, até isso chega lá e é tomado uma decisão e agente recebe o retorno, já demorou tanto que as vezes já não é nenhum problema, conflito mais para a instituição, pois já foi resolvido por aqui mesmo. É passado a ideia que o Conselho pode muita coisa, poder resolver tudo, mas na verdade isso não ocorre. Um exemplo claro: quando ocorreu o projeto Nossa Escola, aquele que reforma a escolas, aí a EETI, recebeu um recurso de cento e quarenta e nove mil reais, então quando os primeiros engenheiros visitaram a escola, e nos enquanto escola apresentamos as reais prioridades da escola, os engenheiros concordaram e aprovaram. Isso seria a meta da reforma, porém, quando veio a licitação e tal, já veio baseado no que as fotos que outros engenheiros viram, mudaram a metas, fazendo o que não era prioridade da escola. (Entrevista com a diretora “A” no dia 11/11/2015)

A professora “B”, também argumentou: *Apesar do discurso a realidade é outra. É necessário acatar e colocar em prática aquilo que vem determinado.*

problematizar a gestão democrática no contexto atual leva a problematizar e desvelar a própria concepção de participação, cidadania, autonomia e democracia gestada na confluência de dois projetos: democrático participativo e o neoliberal.¹¹

A organização escolar é afetada por confluência nébula e enfrenta o desafio de responder concepções desses dois projetos que na verdade se divergem: de um lado o democrático participativo, com defesa nos direitos coletivos; frutos dos movimentos sociais, e do outro lado democrático representativo, fruto da política neoliberal que impõe um duro modelo de gestão de mercado.¹¹

Nessa perspectiva, evidencia que a gestão escolar se tornou um instrumento da sociedade de controle, concebidos pelas políticas neoliberais, que defendem a descentralização, participação e autonomia nas instituições de ensino.

Com base nessas mudanças, afirma-se:

um fator que contribuiu muito para a mudança do projeto inicial de gestão foi o afastamento da comunidade e a despolitização atribuída à escola. A comunidade ao se afastar da escola e o Estado ao se desresponsabilizar das discussões relativas aos desafios que a escola pública enfrenta, delega pesadas responsabilidades a seus gestores.¹¹

Segundo a professora “B”, *“a participação maior dos pais ocorre no dia da entrega dos boletins, ou seja, a participação dos pais e comunidade na escola é mínima, apenas um pequeno número se compromete”*. (Entrevista com a professora “B” no dia 12/11/2015)

Outro aspecto que sempre movimenta as famílias é a manutenção da piscina. Como já foi mencionado, na estrutura física, a EETI possui uma piscina, que com a ajuda da comunidade, a escola conseguiu construir e manter uma piscina, pois a Secretaria Estadual de Educação (SEE) negou recursos para a manutenção da mesma. A diretora “A” destacou:

O quanto a piscina é importante como lazer e aprendizado, uma vez que no turno de ampliação as propostas de atividades também precisam ser motivadoras, pois os alunos passam a maior parte de seu dia em sala de aula. E com a falta de recursos e profissional para realizar a manutenção, a piscina não estava sendo utilizada, gerando um desapontamento nos alunos. Aí comunicamos as famílias o porquê que não estava havendo aulas de natação, logo os pais começam a dar sugestões, e colaborar financeiramente, pois, cobramos um valor simbólico de cinco reais. E aqueles pais não participavam das atividades da escola, começam ter interesse. (Entrevista com a diretora “A”, no dia 11/11/2015).

Em relação a participação parece coerente pontuar que um dos maiores entraves para se consolidar a gestão democrática na EETI é baixo envolvimento das famílias com a escola e desta com as famílias. Porque as famílias, de modo geral, aparentam não sentirem responsáveis pela aprendizagem dos alunos, deixando toda responsabilidade para a escola. Os gestores escolares apesar de serem eleitos pela comunidade não tem autonomia em relação aos processos decisórios sobre a contratação e a demissão de funcionários, resultando em uma alta rotatividade de profissionais, o que inviabiliza a concretização do PPP, bem como fragiliza os vínculos entre os trabalhadores da educação e dificulta a promoção de um

bom clima escolar.

Dessa maneira percebe-se que a escola precisa vencer ainda burocracias, as quais muitas delas são criadas fora do âmbito da escola e interferem em sua estrutura e organização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que nas últimas décadas, tem se fortalecido uma tendência à formulação de novas propostas para o desenvolvimento da gestão educacional, em especial no âmbito da educação básica. Temas como descentralização, participação e autonomia passaram fazer parte da nova agenda escolar.

Esta nova visão sinalizou a ideia de desburocratização da educação, que imprimiu maior qualidade, eficiência e produtividade. Ainda, associou-se à ideia de ruptura com a concepção autoritária, burocrática e centralizadora, para a concepção democrático-participativa.

O discurso neoliberal da democratização, descentralização e a autonomia da gestão escolar, ganhou espaço nos textos legais, bem como nas instituições de ensino, os educadores passam a considerar essa nova cultura descentralizante como um grande avanço para a educação. Distanciar-se dessa ideia não será fácil, principalmente quando é atribuído ideais tão democráticos.

Para tanto, fez necessário, conhecer e questionar as novas tendências administrativas para com a educação. Também, perceber o real (re) significado da própria autonomia e democracia tão idealizados pelos discursos. Este estudo analisou as formas de organização e gestão escolar, de uma Escola estadual de Tempo Integral, na cidade de Inhumas, por meio de observações e entrevistas, seguindo as categorias: sistema de organização, estrutura organizacional, modelo de gestão, práticas participativas desenvolvidas, organização pedagógica e curricular, procedimentos de elaboração do projeto político pedagógico e relações entre escola, família e comunidade local. De modo a compreender as formas de organização e gestão, que se encontram configuradas atualmente na escola pesquisada.

Considerando todos os capítulos aqui mencionados, especialmente o capítulo três, intitulado por “a organização e a gestão âmbito da escola pública”, que traz os dados extraídos das observações e entrevistas, é coerente dizer que a gestão democrática proposta pelos órgãos superiores do ensino, ainda é um desafio, que suscita muito estudo e diálogo com as instâncias políticas e educacionais dentro e fora da escola, buscando adequar as atividades pedagógicas-administrativas como a unidade, como parte e todo na concretização dos objetivos educacionais aliados as finalidades sociais da escola.

Na escola observada, a gestão democrática ainda é incipiente haja vista que tanto os segmentos da escola quanto a comunidade local não assimilaram sua efetividade, uma vez que há uma serie de problemas que ainda não foram resolvidos, pois estes dependem de instâncias superiores para que sejam superados na prática. Diante de problemas estruturais, políticos e financeiros ainda não superados pelo setor educacional, é que não se pode responsabilizar os professores e gestores pelo fracasso na efetivação dos ideais da gestão democrática, porque enquanto a gestão escolar for vista apenas como um mecanismo de controle das políticas neoliberais e governamentais, essenciais para executar eficientemente as tarefas, ela não se estabelecerá no campo democrático, uma vez que democracia é construção, é processo e não determinações de órgãos externos a realidade educacional, os quais existem para subsidiar o trabalho

dos profissionais da educação.

Parece ser incoerente, ou mesmo improcedente, denominar a gestão educacional brasileira como democrática, pois seus princípios norteadores estão ligados à concepção capitalista de mercado que negam essencialmente os princípios democráticos. Portanto, denominar e vivenciar uma gestão educacional democrática só é possível em uma sociedade verdadeiramente regida por princípios democráticos.¹¹

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Educação. LEI n. 9394 /96. *Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília: Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 11 de maio de 2015.
2. Araújo BLS, Gomes DV, Pires VS, Moraes-Filho IM, Costa ALS. Estresse Ocupacional em Docentes de uma Instituição de Ensino Superior da região metropolitana de Goiânia. *Rev Cient Sena Aires*. 2015; 4(2): 96-104.
3. Libâneo JC, Oliveira JF, Toschi MS. *Educação escolar: políticas, estruturas e organização*. 10ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.
4. Nóvoa A. Publicações Dom Quixote. In: *As organizações escolares em análise*. Lisboa: Instituto de inovação educacional; 1995.
5. Projeto Político Pedagógico Escola de Tempo Integral. Inhumas; 2015.
6. Luck H, et al. *A escola participativa: o trabalho do gestor escolar*. 6ª ed. Rio de Janeiro: DP& A; 2002.
7. 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
8. Hora LD. *Gestão Democrática na Escola: Artes e ofícios de participação coletiva*. São Paulo: Papirus; 1994.
9. Brasil, Senado Federal. *Lei nº 010172/2001 aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências*. Brasília: Senado Federal; 2001.
10. Libâneo JC. *Organização e Gestão da Escola: teoria e prática*. 6ª ed. São Paulo: Heccus; 2013.
11. Santos LP. As contradições da gestão escolar democrática. In: *Movimentos sociais, direitos humanos e democracia*. Rede Interinstitucional de Pesquisadores. Niterói: RJ; 2013. p.57-67.

ESTRESSE OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

ESTRESSE OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Antonieta dos Reis Meireles¹, Maryland Gomes Machado¹, Rodrigo Marques da Silva², Osmar Pereira dos Santos³,
Iel Marciano de Moraes Filho⁴, Fernanda Michelle Santos e Silva Ribeiro⁵

Como citar:

Meireles AR, Machado MG, Silva RM, Santos OP, Moraes-Filho IM, Ribeiro FMSS. Estresse ocupacional da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel de urgência. 2018; 7(3): 228-34.

RESUMO

Analisou-se o nível de estresse ocupacional dos profissionais de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo desenvolvido com 22 profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência de Goiás por meio de um questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional e da Escala de Estresse no Trabalho. Verificou-se predomínio de profissionais com baixo nível de estresse(54,55%). As situações mais estressantes no ambiente de trabalho são: poucas perspectivas de crescimento na carreira; a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional; a forma como as tarefas são distribuídas; realizar tarefas que estão além da capacidade; e a falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho. Embora os profissionais de enfermagem estejam expostos a situações potencialmente estressoras, o nível de estresse predominante foi baixo, o que pode indicar o uso de estratégias efetivas para o de enfrentamento do estresse.

Descritores: Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Doenças profissionais.

ABSTRACT

We assessed the level of occupational stress in nursing professionals of the urgency mobile healthcare services. This is a cross-sectional, analytical and quantitative study developed with 22 nursing workers through a socio-demographic and occupational questionnaire and the Occupational Stress Scale. We found predominance of professional with low stress levels (54,55%). The most stressful situations reported were: few perspectives of growing in career; deficiency in trainings for professional improvements; the way the tasks are distributed at work; performing tasks that overcome the professionals' skills; and the lack of communication between me and my pairs at work. Although the nursing workers are exposed to potentially stressful situations, they showed low levels of stress, what may suggest the use of effective strategies to cope with stress

Descriptors: Nursing; Emergency Medical Services; Professional diseases.

REVISA

¹ Acadêmica de enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.
marques-sm@hotmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e da Saúde. Faculdade União dos Goyazes. Goiás, Brasil.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e da Saúde. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda na Universidade Federal da Bahia. Bahia, Brasil.

Recebido: 21/06/2018
Aprovado: 11/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

O SAMU tem uma equipe multidisciplinar (médico intervencionista e médico regulador enfermeiro, técnico de enfermagem, socorrista, radio-operador, tarmes), preparada para atender diversos agravos a saúde, que pode levar o indivíduo a graves sequelas ou a morte.¹

Para isso o SAMU, conta com uma equipe capacitada para fazer o atendimento pré-hospitalar na residência ou em via pública, de maneira a estabilizar o quadro clínico do paciente. Até que esse chegue ao hospital.² Com esse tipo de atendimento houve uma redução significativa no número de óbitos, pois o profissional tem experiência e capacitação para fazer um bom atendimento e evitar um agravamento das vítimas acometidas por alguma intercorrência, seja clínica, trauma, obstétrica ou psiquiátrica. Além disso, o profissional deve saber tomar decisões visando amenizar ou evitar um dano maior à vítima.³

Nesse contexto, devido às características mencionadas os profissionais experimentam tensões psicológicas em detrimento da intensidade dos casos com os quais se deparam em seu serviço diário. Além dos riscos trazidos à própria vida, há uma necessidade de chegar ao local do ocorrido no menor tempo possível para limitar ao máximo o sofrimento da vítima. Isso exige do profissional a capacidade de alto controle para tomada de decisões imediatas. Nesse sentido, a natureza do serviço prestado, associada às duplas jornadas de trabalho, o acúmulo de vínculos empregatícios e ao atendimento em ambiente estranho e até perigoso são fatores que contribuem para o estresse ocupacional dos profissionais de saúde do SAMU.⁴⁻⁵

Partindo da necessidade de se conhecer o significado de estresse, alguns estudiosos da área têm suas definições concretas a essa palavra. Os mesmos conceituam estresse como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que taxee ou exceda as fontes de adaptações de um indivíduo ou sistema social, como um fator determinante da severidade do estressor.⁶

O estresse ocupacional refere-se aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem resposta. Isso significa que essa caracterização de um estresse depende da percepção do indivíduo em avaliar os eventos como estressores, portanto o cognitivo tem papel importante no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente. Em detrimento do estresse, é possível que agravos à saúde, como insônia, hipertensão, ansiedade, síndrome de Burnout, depressão, dentre outros.⁷

Sobre esses possíveis agravos à saúde, no trabalho em saúde, apesar dos avanços tecnológicos, essa questão permanece suetado pela mão de obra intensiva e com níveis desiguais de domínio dos componentes que interagem no processo. Esses agravos a saúde são consequências do estresse, pois os profissionais da saúde enfrentam plantões às vezes ocasionando por condições de trabalho para o desempenho de suas atividades.⁸

Nesse sentido, frente às dificuldades de enfrentamento do estresse, para Trigo, TengHallak, os mesmo colocam que a síndrome de Burnout, foi reconhecida como risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. Isso quer dizer que essa síndrome é característica do meio laboral, que é vista como um processo de cronificação do estresse.⁹

Ainda em se tratando desses fenômenos causados pelo estresse enfrentado pelos trabalhadores da saúde, observa-se que o enfermeiro age, em seu cotidiano de trabalho, com pouca ou nenhuma consciência do estresse que enfrenta, por conseguinte o conhecimento do processo de estresse que é imprescindível para seu adequado enfrentamento, caso contrário, não haverá resolução, o que levará o trabalhador ao desgaste físico e emocional.¹⁰

Uma vez que os profissionais de saúde do SAMU estão expostos a diferentes situações que podem ser percebidas como estressoras e que o estresse ocupacional pode levar a desfechos negativos à saúde, conforme descrito por pesquisas anteriores, é importante que sejam analisados os estressores mais frequentes entre esses profissionais, bem como seu nível de estresse.

O estresse no profissional do serviço de atendimento móvel de urgência aumentou de forma significativa nos últimos tempos, causa fortes influências em suas atividades diárias e deixa a qualidade de assistência ao cliente bastante precária. Caracterizando assim, uma condição que afeta mais o profissional da saúde.¹

O estresse pode ser desencadeado devido a desgastes físicos e mentais que ocorre no dia a dia de suas atividades, trazem necessidade imediata, aguda ou urgente/emergente da população e estes são pontos de pressão que exigem dos profissionais respostas rápidas, para evitar prejuízos sem causar danos a vida dos pacientes.¹

Nos últimos tempos as ocorrências têm um acréscimo bastante significativo e por esses motivos ocasiona mais estresse, não somente nas equipes de SAMU como também na população porque devido ao grande número de solicitações tornou-se difícil atender todas as ocorrências solicitadas.²

A enfermagem tem um papel de destaque no SAMU ao atuar na gerência e em atividades que extrapolam a assistência aos usuários. A categoria passa por curso de capacitação para atender diversas naturezas de intercorrências acometidas a população.³

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico e quantitativo. As investigações analíticas verificam as relações entre os fatos ou eventos em análise. O estudo transversal fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento.¹¹A abordagem quantitativa representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, além de possibilitar uma margem de segurança quanto às interferências.¹²

A população foi composta por todos os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma cidade de Goiás. Foram incluídos, no estudo, profissionais que esteja atuando no período de coleta de dados e cujo tempo de atuação neste serviço seja de pelo menos seis. Aqueles em licença de qualquer natureza foram excluídos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2018 à outubro de 2018. Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos autoaplicáveis: Questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional e Escala de Estresse no Trabalho. Esses instrumentos foram entregues aos sujeitos convidados e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A abordagem dos sujeitos ocorreu no ambiente de trabalho, sendo apresentados individualmente os objetivos da pesquisa e, em caso de aceite, o TCLE foi entregue junto aos instrumentos. A data de devolução dos questionários foi agendada entre o participante e o pesquisador, sendo sua captação realizada no próprio serviço de saúde.

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o programa StatisticalPackage for Social Science (SPSS), versão 17,0.As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis

quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão.

Após a obtenção da autorização para a coleta de dados no serviço pesquisado atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos instrumentos, com informações referentes à pesquisa, o qual foi assinado em duas vias (uma para o sujeito e outra para o pesquisador), autorizando a participação voluntária na pesquisa.

RESULTADOS

Dos 28 profissionais da equipe de enfermagem vinculados ao SAMU (população inicial), 03 não aceitaram participar da pesquisa e 03 não devolveram os questionários no prazo previsto. Assim, 22 profissionais de enfermagem compuseram a população de acesso dessa pesquisa, sendo 07 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem. Na Tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas e ocupacionais da equipe de enfermagem do SAMU.

Tabela 1-Características sociodemográficas e ocupacionais da equipe de enfermagem do SAMU. Goiás, 2018.

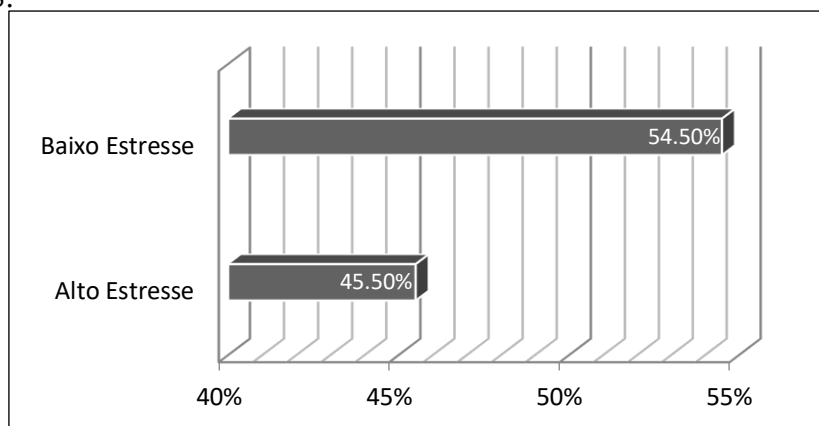
Variável*	N	%
Gênero		
Feminino	13	59%
Situação Conjugal		
Casado	10	46%
Solteiro sem companheiro	08	35%
Possui Filhos		
Não	17	77%
Reside Com		
Família	15	68%
Grau de Escolaridade		
Curso Técnico Profissionalizante.	7	31,8
Ensino Superior Completo	5	22,7
Regime de Trabalho		
Integral (40 horas)	10	45,5
Mais de um vínculo empregatício		
Sim	17	77,3
Renda Mensal		
Entre 2 e 5 salários mínimos	9	40,9
Despesa Mensal		
Entre 2 e 5 salários mínimos	9	40,9
Renda Suficiente para a Manutenção		
Não	14	63,6
Férias no último ano		
Não	10	45,5
	Média	Desvio-Padrão
Idade	36,27	7,34
Nº de Filhos	1,57	1,38
Tempo de Atuação	76,57	45,16

*Somente os valores predominantes para cada variáveis são apresentados.

Verifica-se predomínio de profissionais de enfermagem do sexo feminino(59%), casados(46%) e solteiros sem companheiros(35%), que não

possuem filhos(77%), que residem com a família(68%), com curso técnico profissionalizante(31,8%) e cursos superior completo(22,7%), que trabalham 40 horas semanais(45,5%) e com mais de um vínculo empregatício(77,3%). Ademais, eles percebem entre 2 e 5 salários mínimos (40,9%), possuem despesa de mesma faixa (40,9%), não considerarem tal renda suficiente para a manutenção (63,6%) e não tiraram férias no último ano (45,5%). Verifica-se que os profissionais possuem idade média de 36,27 anos, tendo, em média, 1,57 filhos, e atuam na enfermagem há, em média, 76,57 meses. Na Figura 1, apresenta-se o nível de estresse ocupacional apresentado pela equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Figura 1- Nível de estresse ocupacional da equipe de enfermagem do SAMU. Goiás, 2018.



Na Figura 1, verifica-se o predomínio de profissionais baixo nível de estresse em 54,55% da população. Na Tabela 2, apresentam-se os itens de maior média na Escala de Estresse no Trabalho.

Tabela 2- Itens de maior média na Escala de Estresse no Trabalho na equipe de enfermagem do SAMU. Goiás, 2018.

Item	Média	Desvio- Padrão
As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	2,68	1,46
Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	2,54	1,47
A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	2,40	1,40
Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	2,31	1,35
A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	2,27	1,38

Verifica-se na tabela acima que os 5 itens de maior média e, portanto, que representam maior estresse aos profissionais de enfermagem do SAMU, são: poucas perspectivas de crescimento na carreira; a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional; A forma como as tarefas são distribuídas; realizar tarefas que estão além de minha capacidade; e A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho. Na Tabela 3, apresentam-se os itens de menor média na Escala de Estresse no Trabalho na equipe de enfermagem.

Tabela 3- Itens de menor média na Escala de Estresse no Trabalho na equipe de enfermagem do SAMU. Goiás, 2018.

Item	Média	Desvio- Padrão
A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1,81	1,05
Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1,81	0,90
Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1,50	0,67
Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1,50	0,67
Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1,45	0,67

Na Tabela 3, observa-se que as situações que menos representam estresse aos profissionais do SAMU no seu cotidiano de trabalho são: competição no ambiente de trabalho; trabalhar em tarefas abaixo do nível de habilidade; comunicação entre profissional e superior; falta de confiança do superior no trabalho desenvolvido; e sentir-se isolado na organização.

DISCUSSÃO

O estresse ocupacional da equipe de enfermagem no atendimento móvel de urgência é um dos problemas de natureza perceptiva resultante de estressores ambientais e organizacionais. Os ambientais incluem o ruído, a iluminação, a temperatura e a falta de ventilação apropriada em níveis ou limites inadequados.¹¹ Além disso, aspectos organizacionais falta de comunicação entre os membros da equipe, a realização de tarefas além da capacidade e a atuação diária sob pressão podem contribuir para o estresse no trabalho. Por fim, aspectos demográficos e econômicos, como a presença de filhos, a situação conjugal, o número de vínculos de trabalho e a carga horaria semanal, podem influenciar em maior ou menor o grau o desenvolvimento de altos níveis de estresse no trabalho.¹¹⁻¹²

Nesse sentido, verificou-se predomínio de profissionais do sexo feminino, casados e solteiros sem companheiros, que não possuem filhos, que residem com a família, com curso técnico profissionalizante e cursos superior completo, que trabalham 40 horas semanais e com mais de um vínculo empregatício. Os profissionais percebem entre 2 e 5 salários mínimos, possuem despesa de mesma faixa, não consideram tal renda suficiente para a manutenção e não tiraram férias no último ano. Verifica-se idade média de 36,27 anos na população, sendo que os profissionais possuem, em média, 1,57 filhos, e atuam na enfermagem há, em média, 76,57 meses. Sobre isso, alguns estudos relatam que a predominância feminina na área da saúde é explicada em função de seu arquétipo. Este atributo está presente em várias culturas, entre os cuidadores, ao longo do tempo, no cuidado aos doentes, como extensão do trabalho da mulher.¹²⁻¹³ Outro estudo mostrou que estar casado ou ter um companheiro e viver com a família representa um aspecto importante que influencia direta ou indiretamente na prática profissional, podendo ser uma fonte de suporte social no enfrentamento dos estressores diários do trabalho.⁷ Em virtude dos baixos salários, (40,9) entre 2 a 5 salários a maior parte dos trabalhadores de enfermagem possui mais de um emprego, o que leva essa categoria a permanecer no local de trabalho de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas.¹⁴

Todavia, as situações que mais representam estresse no trabalho foram: poucas perspectivas de crescimento na carreira; a deficiência nos

treinamentos para capacitação profissional; a forma como as tarefas são distribuídas; realizar tarefas que estão além de minha capacidade; e a falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho. Outros estudos apontam estressores similares entre profissionais de urgência e emergência, dentre os quais: o medo dos profissionais de fracassar no atendimento a outrem; o cansaço físico e emocional; a sensação de ser mal interpretado; ambientes de trabalho altamente competitivos; relações interpessoais conflituosas; não ter reconhecimento no trabalho; longas jornadas de trabalho; e receber ordens contraditórias.^{11,15}

Nesse contexto, percebe-se que os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros que atuam no setor de urgência e emergência, são vulneráveis ao estresse ocupacional, já que costumam lidar com condições de trabalho desfavoráveis, entre elas estão o ambiente insalubre, com situações que exigem condutas rápidas e assistência sem erros, além de enfrentarem constantemente o risco iminente de morte.¹⁶⁻¹⁸

No entanto, houve predomínio de baixo nível de estresse na população avaliada. O gostar daquilo que faz é algo relevante, especialmente quando o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano. Isso compreende ter escolhido a profissão pela a qual tinha interesse, algum tipo de afinidade ou gosto, bem como ter se identificado com a ocupação durante o processo de formação. Assim, os profissionais, embora sob circunstâncias comumente estressoras, desempenham seu trabalho com maior entusiasmo, satisfação e alegria. O que minimiza o efeito do processo de trabalho no desenvolvimento do estresse e seus desfechos negativos a saúde, incluindo o Burnout e os sintomas depressivos.¹⁹

CONCLUSÃO

Verificou-se predomínio de profissionais de enfermagem do sexo feminino, casados e solteiros sem companheiros, que não possuem filhos, que residem com a família, com curso técnico profissionalizante e cursos superior completo, que trabalham 40 horas semanais e com mais de um vínculo empregatício. Os profissionais percebem entre 2 e 5 salários mínimos, possuem despesa de mesma faixa, não consideram tal renda suficiente para a manutenção e não tiraram férias no último ano. Verifica-se idade média de 36,27 anos na população, sendo que os profissionais possuem, em média, 1,57 filhos, e atuam na enfermagem há, em média, 76,57 meses.

Houve predomínio de profissionais baixo nível de estresse em 54,55% da população, sendo as situações que mais representam estresse no trabalho: poucas perspectivas de crescimento na carreira; a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional; A forma como as tarefas são distribuídas; realizar tarefas que estão além de minha capacidade; e A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho.

Embora os profissionais de enfermagem estejam expostos a situações potencialmente estressoras, seja elas pertencentes ao processo de trabalho ou a aspectos sociodemográficos e ocupacionais, como salário insuficiente e acúmulo de vínculos empregatícios, nível de estresse predominante foi baixo, o que pode indicar o uso de estratégias de enfrentamento efetivas para o manejo do estresse. O escolha de estratégias de enfrentamento por essa população é especialmente importante tendo em vista que o ritmo de trabalho acelerado e a necessidade de atuar e decidir sob pressão e de forma rápida e eficaz podem levar ao desgaste físico e emocional, com impacto a saúde e a produtividade no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Adriano MSPF, Almeida MR, Ramalho PRL, Costa IP, Nascimento ARS, Moraes JCO. Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de cajazeiras - PB. *R Bras Ci Saúde*. 2017;21(1):29-34.
2. Zapparoli AS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59 (1):41-6.
3. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Risco de Vida e Natureza do Samu: Demanda Não Pertinente e Implicações Para Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):142-8.
4. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(4):534-9.
5. Soares JCS. Situações de riscos ocupacionais percebidos pelos trabalhadores de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
7. Genuíno SLVP, Gomes MS, Moraes EM. O Estresse Ocupacional e a Síndrome de Burnout no Ambiente de Trabalho: Suas Influências no Comportamento dos Professores da Rede Privada do Ensino Médio de João Pessoa. *Rev Anagrama*. 2010;3(2): 1-9.
8. Amarante KS, Ribeiro DCS, Lima ACRS. Serviço de atendimento móvel de urgência: abordagem das principais síndromes ocupacionais em seus excedentes. *Rev Temas em saúde*. 2016; 16(3): 362-80.
9. Trigo TR. Síndrome De Burnout Ou Estafa Profissional E Os Transtornos Psiquiátricos. *Rev Psiq Clínica*. 2007;34 (5); 223-33.
10. Calderero ARL, Miaso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev. Eletr. Enf*. 2008; 10(1):51-62.
11. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(1):54-60.
13. Pinho DLM, Abrahão JI, Ferreira MC. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):168-76.
14. Lentz RA, Costenaro RGS, Gonçalves LHT, Nassar SM. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(4):7-14.
15. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
16. Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estude psicol*, 2004; 9(1): 45-52.
17. Carvalho DV, Lima EDRP. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. *Nursing*. 2011;4(34):31-4.
18. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2011; 19(4):1047-55.
19. Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. Impacto dos cursos de especialização na transformação da prática do enfermeiro: um estudo sobre o valor da pesquisa. *Rev Rene*. 2000;1(1):36-40.

ACADEMIC AND PROFESSIONAL EXCELLENCE: ENHANCING INTERNSHIP OPPORTUNITIES

EXCELÊNCIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL; MELHORIA DAS OPORTUNIDADES DE ESTÁGIO

Miguel A. Pérez¹, Steven Owens², Jenette L. Smith³.

Citation:

Pérez MA, Owens S, Smith JL. Academic and professional excellence: enhancing internship opportunities. 2018; 7(3): 267-70.

RESUMO

Com base na definição de saúde pública para as populações promulgada pela Organização Mundial de Saúde, as oportunidades para estágios na área de saúde pública emergiram como um dos dez serviços essenciais para desenvolver uma força de trabalho colaborativa e competente. As instituições de ensino superior possuem um papel fundamental na preparação e manutenção de uma estrutura que permite sucesso aos estudantes, possibilitando capacidades por meio de estágios no campo da saúde pública. Os diretores do setor de Educação em Saúde Pública apontam que praticamente todos (95%) dos estagiários relatam que a participação em programas de estágio proporcionou as habilidades necessárias para a efetividade no trabalho. Através do desenvolvimento de programas de estágio robustos, as instituições de ensino superior e os programas de saúde pública estão cumprindo sua missão de educar e reparar uma força de trabalho competente.

Descritores: Estágios em Saúde Pública; Instituições Acadêmicas; Programas de Saúde Pública

ABSTRACT

In building upon the World Health Organization's definition of public health for entire populations, opportunities for public health internships have emerged as one of the ten essential public health services in developing a collaborative and competent workforce. Academic institutions of higher learning play an important role in preparing and maintaining structures for student success, allowing capacity building through public health internships. The Directors of Public Health Education (DPHE) document that nearly all (95%) of internship respondents reported that participation in internship programs provided the necessary skills to be effective on the job. Through the development of strong internship programs, academic institutions of higher learning and public health programs are fulfilling their mission to educate and train a competent workforce.

Descriptors: Public health internships; Academic institutions; Public health programs.

REVISA

¹ Public health specialist. PhD in Philosophy. Professor and Internship Coordinator. California State University. Fresno. United States of America.
mperez@mail.fresnostate.edu

² Health Equity Internship Consultant. Association of State Public Health Nutritionists. Washington, DC. United States of America.
sowens@asphn.org

³ Doctoral Student. Clarkson College. Nebraska. United States of America.
Smith.Jenette@clarksoncollege.edu

Received: 20/07/2018
Approved: 14/08/2018

THEORETICAL
REFLECTION

BACKGROUND

The World Health Organization (WHO) defines public health as “...all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole.¹ Inherent in this definition is the fact that public health seeks to promote the wellbeing of individuals, and as such promotes activities which seek “...to provide conditions in which people can be healthy and focus on entire populations, not on individual patients or diseases. Thus, public health is concerned with the total system and not only the eradication of a particular disease.”¹ Through this definition, the WHO seeks to provide a foundation for member states to provide a safety net designed to address the health needs of their individual populations. Building upon the WHO's definition, public health professionals have developed standards designed to provide a framework for public health practitioners, and in the US, have developed the 10 essential public health services in an effort to produce a competent public health workforce (Table 1).

Table 1- Ten Essential Public Health Services

-
1. Monitor health status to identify and solve community health problems.
 2. Diagnose and investigate health problems and health hazards in the community.
 3. Inform, educate, and empower people about health issues.
 4. Mobilize community partnerships and action to identify and solve health problems.
 5. Develop policies and plans that support individual and community health efforts.
 6. Enforce laws and regulations that protect health and ensure safety.
 7. Link people to needed personal health services and assure the provision of health care when otherwise unavailable.
 8. Assure competent public and personal health care workforce.
 9. Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of personal and population-based health services.
 10. Research for new insights and innovative solutions to health problems.
-

Source: Centers for Disease Control and Prevention.²

Institutions of higher learning play an important role in preparing a competent workforce and strive to develop curricula designed to prepare an educated and empowered workforce. It is, therefore, not surprising to see courses in the areas of biostatistics, epidemiology, behavioral health, health administration, applied research, and environmental health as the foundation or the core of most public health programs in the US. While these courses have prepared, and will continue to prepare a competent workforce, internships allowing students to obtain practical experience is evolving as a best practices model in the US and in other countries.³⁻⁵

RESULTS

Capacity Building Through Internships

Internships allow students to apply the knowledge obtained in the classroom and obtain practical experience before joining the workforce.⁶ This is a key finding given the 2016 report from the National Association of Colleges and Employers (NACE) which shows that the majority of employers value problem-solving skills and an ability to work in a team as integral skills for

entry-level professionals.⁷

In addition to academic knowledge obtained in the classroom, public health students are required to develop skills which allow them to successfully plan, implement and evaluate health promotion programs in diverse communities.⁸ In an effort to improve student success and to avoid failing their students, academic programs and non-governmental organizations have heeded this advice and sought to develop structures and recommendations designed to improve student success and provide structures through which students can obtain practical experiences.⁹

In 2001, the Directors of Public Health Education (DPHE) released the “2001 Building Capacity for Health Programs in Minority Serving Institutions” (MSIs) report which focused on partnership development, student professional development, as well as recruitment and retention. The DPHE’s flagship strategy in this regard has been the development of a stellar 12-week internship program offered three times a year designed to provide practical work experience to students enrolled in health promotion programs while facilitating partnerships between DPHE and MSIs. Since inception, DPHE has placed over 700 interns in a variety of internship positions within federal, state and local health departments, community-based organizations and other health-related agencies.

The DPHE designed its internship program to complement the academic preparation provided by the MSIs with professional development through the internship offerings. During the internship, the interns respond weekly to learning objectives instituted at the beginning of each internship session. The objectives are parallel to competencies in public health promotion and education. Additionally, the interns receive support related to competencies in understanding the interplay between health outcomes, health equity and social determinants of health.

DPHE’s Internship Program offers a unique internship opportunity for selected students to apply academic skills and problem-solving to real-life work experiences while the public health programs they serve gain vitality and fresh perspectives from future leaders. Table 2 provides a summary of the findings from the quality improvement efforts in this program.

Table 2- Findings from the DPHE’s Internship Program

-
- 68% of program participants are working in public health or a related field.
 - 43% of program participants work at a federal, state, or local health department.
 - Over half (52%) are addressing social determinants of health, health disparities, and/or health equity.
 - Almost all (95%) reported that participation in the internship program gave them the skills necessary to be effective at their job.
 - Over 76% of respondents reported that the internship program helped them obtain a public health job or get one or more professional jobs.
-

Data from NACE suggests that students with an internship experience are more likely to obtain gainful employment upon graduation as opposed to those who did not complete one. Academic institutions are sometimes criticized for their lack of involvement in the lives of the communities they serve. It seems logical to think that a well developed internship program will allow institutions not only to better prepare students for post-graduate employment opportunities, but also to become actively engaged in the diverse communities they serve.⁷

The following recommendations are given for institutions desiring to develop an internship program for their students:

1. Develop clear goals and learning objectives for the internship.
2. Develop good working relationships with community partners who will serve as internship sites and will provide onsite preceptors.
3. Develop a Memorandum of Understanding between the academic institution and the non-governmental organization which will serve as a site.
4. Develop a manual for students which includes information related to expectations, code of conduct, confidentiality statements, and department and university policies.
5. Maintain good and consistent contact with the onsite preceptors throughout the internship.
6. Assist students in the development of their goals and objectives for skills they want to acquire during the internship.
7. Celebrate accomplishments.
8. Evaluate and assess student performance periodically during the internship placement
9. Facilitate professional development and post-internship opportunities.

CONCLUSION

Student success can be said to include more than a “good grade” in academic coursework and expands into the opportunities available to students in- and outside the classroom.^{3,10} Internships have been proven to be high impact activities leading not only to higher graduation rates, but also for preparing students to enter the workforce. By developing strong internship programs, academic institutions and public health programs are fulfilling their mission to educate and train a competent workforce.

REFERENCES

1. World Health Organization. Public Health. WHO; 2015. Available from: <<http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/>>
2. Centers for Disease Control and Prevention. The public health system and the 10 essential public health services. 2017. Available from: <<https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html>>.
3. Fernald P, Goldstein G. Advanced internship: A high-impact, low-cost, super capstone course. *College Teaching*. 2013; 61(1): 3-10.
4. Miller R, Rycek R, Fritson K. The effects of high impact learning experiences on student engagement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15: 53-59.
5. Rossi-Le L. Provide access to internships across the college curriculum. *Dean and Provost*. 2015; 16 (7): 1-3.
6. Simons L, Fehr L, Blank N, Connell H, Georganas D, Fernandez, et al. Lessons learned from experiential learning: What do students learn from a practicum/internship? *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*. 2012; 24(3): 325-34.
7. National Association of Colleges and Employers. Internship and Co-op Report. NACE, 2016. Available from: <www.nacweb.org/intern-co-op-survey/>.
8. Traverso-Yopez M, Maddalena V, Bavington W, Donovan C. Community Capacity Building for Health: A Critical Look at the Practical Implications of This Approach. *Sage Open*. 2012; 1-12.
9. Perez MA, Cuellar B. Town and gown collaboration: A practical perspective. 2009. Available from: <<http://www.fresnostate.edu/chhs/publichealth/documents/partnershipmonograph.pdf>>.
10. Washington DC. Hart Research Associates. “Falling Short? College Learning and Career Success”. 2015.

ELETROCONVULSOTERAPIA: IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

ELECTROCONVULSIVE THERAPY: ETHICAL AND LEGAL IMPLICATIONS

Fernanda de Barros Machado¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Ariana Fidelis³, Rogério José de Almeida⁴, Maria Salete S. Pontieri Nascimento⁵, Keller Kathier Cerqueira Carneiro⁶.

Como citar:

Machado FB, Moraes-Filho IM, Fidelis A, Almeida RJ, Nascimento MSSP, Carneiro KC. Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 235-47.

RESUMO

Analizou as implicações éticas e legais da realização da ECT; Evidenciar as divergências de concepções entre os grupos que apoiam a ECT entre os que a condenam; destacar evidências sobre a eficácia do tratamento e identificar a participação da enfermagem em sua aplicação. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no período de 2001 a 2017 com 12 publicações obtidas nas bases de dados das Bibliotecas Virtuais BDNF, BVS, MEDLINE e SCIELO. Resultados: É um tratamento reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria, sua aplicabilidade requer que se cumpram exigências estabelecidas no protocolo de execução deste tratamento. Aspectos éticos, não foram claramente tratados pelos estudos. A ECT tem uma história de abusos que não é negada nem por seus próprios defensores, porém, quando prescrita de forma adequada, há eficácia com o tratamento. O papel da enfermagem na aplicação do tratamento é pouco relatado, e está mais relacionada aos cuidados pré e pós desenvolvimento da técnica. Considerações: Há um estigma do uso do eletrochoque que ainda predomina na sociedade em geral. Mais que uma prática técnica, a ECT necessita ser discutida como um tratamento que gera rejeições e que traz um marco histórico de punições e dor social. Se hoje ela tem sua relevância e se tornou uma aplicação criteriosa e ética, é necessário que estas questões sejam respeitosamente enfrentadas e discutidas na sociedade.

Descritores: Enfermagem; Psiquiatria; Eletroconvulsoterapia; Ética; Lei.

ABSTRACT

It analyzed the ethical and legal implications of ECT; To demonstrate the divergences of conceptions between the groups that support the ECT among those who condemn it; to highlight evidence on the effectiveness of treatment and to identify the participation of nursing in its application. Methodology: This is a bibliographical research, carried out from 2001 to 2017 with 12 publications obtained in the databases of the Virtual Libraries BDNF, VHL, MEDLINE and SCIELO. Results: It is a treatment recognized by the Federal Council of Medicine and Brazilian Association of Psychiatry, its applicability requires that the requirements established in the protocol of execution of this treatment be fulfilled. Ethical aspects were not clearly addressed by the studies. ECT has a history of abuse that is not denied even by its own advocates, but when properly prescribed, there is efficacy with treatment. The role of nursing in the application of treatment is poorly reported, and is more related to the pre and post-development care of the technique. Considerations: There is a stigma of the use of electroshock that still predominates in society in general. More than a technical practice, ECT needs to be discussed as a treatment that generates rejections and that brings a historical framework of punishment and social pain. If today it has its relevance and has become a judicious and ethical application, it is necessary that these issues be respectfully faced and discussed in society.

Descriptors: Nursing; Psychiatry; Electroconvulsive Therapy; Ethics; Law.

REVISA

¹ Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Indiara. Goiás, Brasil. fernandadebarrosmachado@gmail.com

² Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista. Goiás, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br

³ Psicóloga. Mestre em Psicologia. Secretaria de segurança pública do estado de Goiás. Goiás, Brasil. arianafidelis.a@gmail.com

⁴ Sociólogo. Doutor em Sociologia. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás, Brasil. rogerioufg@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta. Mestre em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica. Goiás, Brasil. saletepontieri@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Hospital estadual Mario Covas. São Paulo, Brasil. kellerbis@hotmail.com

Recebido: 20/06/2018

Aprovado: 10/08/2018

INTRODUÇÃO

Falar sobre transtornos mentais é um tema muito complexo, porém, muito interessante e intrigante, principalmente quando se refere a formas de tratamento.

A história da loucura vem acompanhando a história da humanidade. Ao longo do tempo, o doente mental tem sido visto como uma pessoa que não corresponde aos padrões estabelecidos pela sociedade, seu modo de agir, de pensar, forma de interpretar o mundo, fugia das normas e preceitos sociais. Ocasionalmente discriminado e medo aos que os rodeiam. A história da loucura demonstra ter sofrido diversos processos, com base nisso, o louco já foi visto e interpretado pelo mundo de várias formas.¹

No período da Grécia Antiga, a loucura nem sempre foi considerada como algo negativo. Filósofos como Platão e Sócrates ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como Divina, uma espécie de manifestação dos deuses, expressão da força da natureza, onde através dos delírios estes loucos poderiam ter acesso a verdades ocultas.²

Já no período da Antiguidade Clássica houve um rompimento entre o místico e o racional, onde a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade Divina e se encaminhando em uma direção oposta, ocupando um lugar de representante simbólico do mal. Na Idade Média já existiam mecanismos de exclusão do louco, mas ainda não foi neste período que a loucura começou a ser percebida como um fenômeno que requer um saber específico, apenas destinavam-se a retirar do convívio social aqueles que não se adaptavam a ele.²

Somente no século XVIII que o fenômeno da loucura passou a ser visto como doença mental, levando em relevância o pensamento científico e o saber médico, onde começaram a surgir hospitais com espaço terapêutico. Neste período começaram a perceber o louco como portador de um transtorno mental pelo qual não conseguiam conviver com as normas sociais, eram então retirados destes sujeitos todo o saber acerca de si próprio, delegando este saber a um especialista, passando a ter a possibilidade de cuidados e tratamento, a partir daí se deu início a instituição da psiquiatria clássica.²

A história nos mostra que com o tempo foram surgindo algumas formas de tratamentos para transtornos mentais. Porém, só a partir de 1952 os psicofármacos passaram a ser empregados no tratamento de portadores de transtorno mental, como uma terapia coadjuvante, associada aos tratamentos terapêuticos, grupos operativos, psicoterapia, o que fez com que houvesse uma diminuição nas manifestações dos sintomas decorrentes aos transtornos mentais.³⁻⁵

A partir daí muitos doentes foram deixados em cuidados asilar, nos quais usavam de princípios como a punição, e dentre eles as práticas de eletrochoque e contenção física, mantendo estes pacientes isolados, excluídos do mundo e de seu cotidiano.²

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais

destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Ambas apoiavam a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por serviços descentralizados e diversificados nas práticas terapêuticas, preconizando a diminuição de internações e reinserir essas pessoas de volta a suas famílias e a sociedade.^{6,7}

Em 1987, vários profissionais da área da saúde mental se reuniram para a realização da Primeira Conferência de Saúde Mental pela luta por uma sociedade sem manicômios, que teve como maior dificuldade fazer com que familiares, outros profissionais da área da saúde e gestores desistissem de pensar que as doenças mentais eram causadas somente por fatores naturais, excluindo então os fatores sociais.⁸

Em 1989 é apresentado um Projeto de Lei (PL) pelo Deputado Paulo Delgado propondo uma ampla e profunda reforma na assistência psiquiátrica brasileira, assim como a redução progressiva de leitos psiquiátricos.⁸

Após vários anos e significativas alterações de seu texto original é sancionada pelo Presidente da República em 06 de Abril de 2001, a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental, visando o modelo assistencial em saúde mental não centrando em hospitais psiquiátricos, propondo a extinção progressiva dos manicômios substituindo os mesmos por instituições abertas.⁹

Os novos modelos substitutivos propostos pela Lei são destacados como: as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que é uma rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, para atender as pessoas com demandas decorrentes dos transtornos mentais ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Esta rede é formada pelos serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial.^{7,4}

Estes pontos de atenção a saúde têm como objetivo oferecer atendimento à população e a reinserção social dos usuários no convívio social, onde eles passam a ter acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços com a família e a comunidade. Todos estes dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos e conseqüentemente as internações.⁸

Hoje a reformulação das práticas assistenciais na psiquiatria é uma realidade em diversos países. Práticas alternativas e psicossociais estão sendo incorporadas na busca da construção de abordagens e terapêuticas mais humanas, resolutivas e imprudentes.

Apesar de todo o esforço para o crescimento e fortalecimento das práticas psicossociais, pode se observar que terapias antigas e polêmicas, ainda são hoje amplamente utilizadas, como a eletroconvulsoterapia (ECT).

A ECT, também conhecida por eletrochoque, é definida como um tratamento psiquiátrico, no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro, induzidas por meio de passagem de corrente elétrica sob efeito de anestesia geral, com a finalidade de induzir uma crise convulsiva que dura em torno de 30 segundos. O tratamento é feito em

sessões e o número de aplicações é definido pelo médico psiquiatra.¹⁰

A ECT foi realizada pela primeira vez em abril de 1938 pelos psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini em Roma. Apesar de sua imagem controvertida, este método de tratamento é usado até os dias de hoje, quando bem indicado nas doenças certas e administrado corretamente tem resultados significativos.¹¹

As aplicações da ECT são realizadas geralmente pela manhã, com o paciente em jejum por no mínimo oito horas. A equipe de aplicação do tratamento consiste em um médico psiquiatra, um anestesiista, uma enfermeira e duas técnicas ou auxiliares de enfermagem.¹²

Na sala onde ocorre o procedimento o paciente é colocado em posição de decúbito dorsal horizontal, o anestesiista administra por via endovenosa um anestésico de ação curta e um relaxante muscular para impedir contrações musculares fortes durante a convulsão. Um bloqueador de via aérea ou mordedor é colocado na boca do paciente e este é posicionado de modo a facilitar que as vias aéreas se mantenham pervias. São colocados eletrodos sobre as têmporas (bilateral ou unilateralmente) para aplicar o estímulo elétrico. Após o procedimento muitos pacientes despertam dentro de 10 ou 15 minutos e na maioria das vezes mostram-se confusos.¹¹

São evidentes a eficácia e a segurança da ECT no tratamento de doenças psiquiátricas. A técnica deve ser administrada seguindo informações válidas, com o consentimento de um familiar responsável pelo paciente e em concordância com os procedimentos de sua administração. Geralmente é tida como procedimento de baixo risco, porém, em alguns casos é considerada de alto risco.^{11,13}

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.640/2002 reconhece a importância deste método terapêutico e regulamenta sua aplicação e os cuidados que devem ser utilizados durante o tratamento. De acordo com a resolução, o emprego da ECT é ato privativo do médico, que deve ser realizado, exclusivamente, em ambiente hospitalar.¹⁴

Casos que são considerados de alto risco que requerem precauções adicionais são os pacientes com tumor ou infarto cerebral, histórico de infarto do miocárdio ou arritmias cardíacas, marca passo cardíaco, aneurisma. Descolamento de retina, feocromocitoma e doenças pulmonares. Os efeitos colaterais mais comuns da ECT são distúrbios de memória e confusão mental.¹⁰

O presente estudo pretende abordar sobre as modificações que a ECT sofreu no decorrer dos anos, levando em consideração questões éticas e legais para sua aplicação. O interesse pelo tema foi devido a um estágio extracurricular que realizei em uma Clínica Psiquiátrica a qual indica este tipo de tratamento.

Pude observar as reações causadas nos pacientes que realizavam o procedimento, fiquei impressionada com a nítida e imediata melhora dos sintomas, porém, ao realizar estudos mais avançados relacionadas ao tema, pude perceber que isso não acontece em todos os casos, que pode ocorrer melhora nos sintomas de alguns pacientes e já em outros não, e porque este tipo de tratamento é tão polêmico, sendo estigmatizado pela maioria das pessoas.

Diante das questões apresentadas surgiram as seguintes indagações: Por que o uso do ECT é defendido veementemente por um

grupo de profissionais e igualmente é condenado por outro grupo também da mesma especialidade? Quais a real efetividade da ECT? Quais são as implicações éticas e legais de seu uso?

A psiquiatria como especialidade está indiscutivelmente inserida na saúde mental que por sua vez concebe não apenas a doença e o tratamento, mas toda a complexidade psíquica social e política que envolve a pessoa com sofrimento psíquico. A subjetividade do transtorno mental constituiu um dos grandes desafios para a ciência, assim como suas causas e as possibilidades eficazes de tratamento.

Por ser um tema muito complexo, para compreender tais questões é necessário o conhecimento, e acima de tudo ter uma visão apurada da realidade e das relações de poder envolvidas no mundo da psiquiatria.

A política atual de saúde mental não indica formas de tratamento com a ECT, pois quando vivenciadas, essas práticas não fornecem dados estatisticamente comprovados de seus benefícios e eficácia em todos os casos. Portanto, a ECT como uma forma de tratamento utilizado, deve ser melhor estudado, inclusive pela enfermagem que participa da aplicação desta prática.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre determinado tema. De acordo com Gil¹⁵, a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, dessa forma, a pesquisa bibliográfica propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.¹⁶

A busca foi realizada em artigos publicados no período de 2001 a 2017 nas bases de dados disponíveis pelas Bibliotecas Virtuais Base de Dados Bibliográficos Especializada na área da Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores usados foram: psiquiatria, eletroconvulsoterapia, ética, lei e enfermagem.

Os critérios de inclusão utilizados para a busca foram artigos originais disponíveis na íntegra, *on-line*, na língua portuguesa, nos bancos de dados pré-definidos relacionados à temática do estudo, em artigos publicados de 2001 a 2017. Os critérios de exclusão foram resumos e textos incompletos.

Os resultados foram construídos a partir da leitura exaustiva das publicações, determinando a seleção e a realização da coleta de dados. Posteriormente foi realizada análise dos resultados expressa nas discussões apresentadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram encontrados por meio de busca inicial com a localização de 34 publicações a partir dos descritores: psiquiatria, eletroconvulsoterapia, ética, lei e enfermagem. Após, foi realizada a leitura dos resumos dos textos sendo então selecionadas 18 publicações, submetidos à leitura na íntegra, destes, 12 atenderam aos critérios de inclusão por abordarem com amplitude a temática proposta pelo estudo.

Dados de Identificação

Em relação aos periódicos que mais publicaram sobre o assunto destaca-se a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Os anos que tiveram mais publicações sobre o tema foi 2012 seguido de 2008 e a maioria das abordagens metodológicas encontradas foram de revisão bibliográfica (Quadro 1).

Nº do Texto	Título do Periódico	Título do Artigo	Ano	Abordagem Metodológica
01	Acta Médica Portuguesa	Eletroconvulsoterapia Mitos e Evidências	2009	Revisão Bibliográfica
02	Revista de Psiquiatria Clínica	Eletroconvulsoterapia: Critérios de recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria	2006	Revisão Bibliográfica
03	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	Aspectos da Prática da Eletroconvulsoterapia: Uma Revisão Sistemática	2003	Revisão Bibliográfica
04	Responsabilidades Revista interdisciplinar do programa de atenção integral ao paciente judiciário do TJMJ	Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque	2012	Revisão Bibliográfica
05	Arquivos Médicos dos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Normatização do Uso da Eletroconvulsoterapia para o tratamento de crianças e Adolescentes: além dos aspectos técnicos, científicos e éticos	2012	Revisão Bibliográfica
06	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	O uso da eletroconvulsoterapia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2007	2008	Pesquisa descritiva e quantitativa
07	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica	2005	Revisão Bibliográfica
08	Revista Escola de Enfermagem USP	Opinião e conhecimento de pacientes e familiares sobre o uso da eletroconvulsoterapia: Implicações para a Enfermagem	1997	Pesquisa descritiva e quantitativa
09	Universidade do Vale do Rio Doce, Joinvile, SC	A eletroconvulsoterapia como recurso terapêutico no tratamento da pessoa portadora do transtorno mental	Sem data	Revisão Bibliográfica
10	Psicologia, Ciência e Profissão	Revisando a técnica da eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica	2008	Revisão Bibliográfica
11	Protocolos Clínicos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Eletroconvulsoterapia	2013	Revisão Bibliográfica
12	Revista Brasileira de Enfermagem	Equipe de Enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de Enfermagem	2012	Pesquisa Qualitativa

Unidades Temáticas

As unidades temáticas foram construídas a partir das questões norteadoras seguindo o propósito de responder ao que se objetiva a pesquisa. Elas propõem discutir sobre as implicações éticas e legais da realização da ECT, sobre as divergências de concepção entre os grupos que reconhecem a sua utilização e os grupos que a criticam. Sobre as evidências quanto à eficácia do tratamento e sobre a participação da enfermagem em sua aplicação.

Implicações éticas e legais da realização da ECT

Os aspectos legais do uso do ECT foram abordados por poucos autores, os quais citam o reconhecimento deste tratamento pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Afirmam que a ECT é uma forma de tratamento reconhecida pelo CFM, levando em consideração a importância deste método terapêutico e regulamenta sua aplicação e os cuidados que devem ser utilizados durante o tratamento.¹⁴

O Conselho Federal de Medicina em seu Art. 1 da Resolução CFM nº 1.640/2002 define que “o eletrochoque é um método terapêutico, eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito”. Sua aplicação foi regulamentada tendo como orientação própria a Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, a qual não proíbe esta modalidade de tratamento e funda novos princípios de proteção aos portadores de transtorno mental.¹⁴

A constitucionalidade de tratamentos invasivos como o eletrochoque não se resolve somente pelo recurso ao argumento científico, de maneira inevitável sua utilização é também regulada pela vontade dos afetados. O conhecimento tanto da família, quanto do usuário que será submetido ao tratamento, são condições indispensáveis para a sustentação ética e jurídica do procedimento e para sua efetividade.¹⁷

Outrossim abordado está relacionado ao fato do paciente ter o direito ao acesso a qualquer tratamento disponibilizado pela medicina, tendo como livre escolha a utilização ou não de qualquer procedimento, desde que sejam fornecidas todas as informações necessárias, orientações quanto aos possíveis riscos e vantagens, de uma forma clara e completa, dando ao paciente condições para que o mesmo faça uma escolha consciente.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006): “Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”.¹⁸

Compreende-se deste modo, que a ECT no Brasil é considerada hoje uma das modalidades utilizadas para o tratamento de doenças mentais, apesar ainda da restrição de seu uso. O Ministério da Saúde na Mostra Itinerante, Memória da Loucura ¹⁹. Refere em relação ao uso da ECT na história que:

A utilização indiscriminada do tratamento fez com que esse recurso, a despeito de suas possibilidades terapêuticas, ficasse associado ao castigo físico e ao controle disciplinar. A terapia eletroconvulsiva desapareceu, na Europa, com o fim da Segunda Guerra, enquanto, no Brasil, foi abolida, na rede pública de Saúde Mental, somente na década de 80. Apesar disso, continua a ser utilizada como recurso extremo no tratamento da catatonia e da depressão.

Na atualidade associações e sociedades psiquiátricas de diversos países têm se colocado a favor da ECT e a utilizam como tratamento, a exemplo da

Austrália, Canadá, Novo Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos. A preocupação consiste em sua utilização sem a segurança da anestesia.¹⁰

Para a aplicabilidade da ECT é necessário que se cumpra algumas exigências estabelecidos no protocolo de execução deste tratamento e que foram destacadas em algumas publicações. Críticas e alertas a observância dos critérios para sua aplicação também foram mencionadas.

Alguns protocolos estabelecem para a realização da ECT que após indicada o procedimento como recurso de tratamento para o transtorno mental, este deve se submeter a uma consulta clínica geral do risco anestésico com solicitação de exames complementares e eletrocardiograma. Principalmente na presença de comorbidades clínicas, hemograma, glicemia de jejum, íons, função renal hepática e outros conforme a necessidade de cada caso. Em seguida são realizados todos os esclarecimentos e orientações necessárias ao paciente e seu responsável que irá assinar um termo de consentimento.²⁰

É também estabelecido pelo Protocolo que para ocorrer a realização do tratamento, além dos argumentos científicos, é necessário que haja também a vontade do paciente afetado e o entendimento que o mesmo tem quanto ao seu tratamento, são fatores indispensáveis para sua efetividade e para a sustentação jurídica e ética do procedimento.

Os aspectos éticos, não foram claramente tratados pelos estudos. Os enfoques se detiveram as indicações, a utilização de equipamentos mais modernos, na realização do procedimento seguindo os critérios da sedação e outros. As orientações sobre a ECT, o termo de consentimento a ser assinado pela família e ou paciente é destacado como um procedimento que atende aos aspectos éticos. Posições oficializadas que advertem aos limites e as restrições ao uso da ECT, não são mencionados como, por exemplo, as críticas e reflexões tão profundamente abordadas pela reforma psiquiátrica. Se há um forte estigma e rejeições sobre o uso do eletrochoque, por que não as discutir?

Os princípios da reforma psiquiátrica agregam em seus ideários discussões em torno da ética e da humanização na psiquiatria. Tratar a doença, sempre tida como incurável não é o foco, cuidar de pessoas, inclui-las na sociedade, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais é o objetivo.

Contemporaneamente, a reforma psiquiátrica surgiu no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica e de humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa e na inclusão social, em detrimento da custódia e da segregação. Foram criados, então, novos serviços de atenção à saúde mental.²¹

Em uma crítica aos manicômios e as práticas atuais ainda alicerçadas em princípios alienatórios, Amarante²² afirma que:

O hospício, ou manicômio, caminha inevitavelmente para o fim devido a seu caráter arcaico de instituição fundada há mais de 300 anos para responder a outras demandas sociais. Sua persistência está muito mais relacionada ao fator econômico do que ao valor terapêutico ou social. Os hospícios, como já nos ensinou Simão Bacamarte, devem ser fechados. Esse deve ser o destino de todas as Casas Verdes, mesmo das que se escondem atrás de discursos progressistas. Quem nos garante que o alienado não é o alienista? A frase de Caetano Veloso "de perto ninguém é normal" tem sido pretexto para questionarmos o conceito de normalidade, tão caro no campo da saúde mental. Curiosamente, a mesma frase foi utilizada em um congresso de psiquiatria em São Paulo para demonstrar como toda a sociedade é, no fundo, carente de algum tipo de terapêutica (leia-se de medicamentos, cujo fabricante financiava o evento).

A ampla utilização de psicotrópicos na prática clínica necessita ser discutida. Há uma prática de medicar e uma expectativa de receber a

medicação. Atualmente está no inconsciente das pessoas que a dor, a ansiedade, a tristeza necessitam ser medicalizadas. Existe uma distorção quanto a medicalização ou "psiquiatrização" dos problemas sócio-econômicos ou existenciais. "Há espaço, para os que deliram ou alucinam? Os doentes mentais têm o direito de recusar qualquer forma de tratamento, ou, pelo menos, algumas condutas terapêuticas? Como conciliar o respeito à liberdade dos pacientes psiquiátricos?"²³

Divergências de concepção entre os grupos que apoiam a ECT e os grupos que a condenam

Falar sobre ECT é, sem dúvidas, se envolver em uma discussão bastante polêmica. Uma polêmica dividida em dois lados, defensores e opositores de algo que não provoca simplesmente discordância, mas que separa as posições a uma distância bastante significativa, suficiente para causar certo incomodo.

Os estudos demonstraram em sua maioria posicionamentos favoráveis a ECT, descritos como uma técnica efetiva, com bons e rápidos resultados. Outra minoria, porém, questionam e problematizam seu uso, afirmando que ela não é embasada em elementos éticos, também faz referência ao seu uso punitivo que amplamente foi utilizada no decorrer da história.

Historicamente a ECT foi usada como método de tortura, castigo, imposição do sofrimento, da dor e punição. A aplicação era feita sem anestésicos e muitas vezes no fim da sessão o paciente apresentava hematomas, lesões e fraturas. Este fato tem sido marcante do ponto de vista histórico, o que leva muitos opositores a argumentarem sobre a necessidade de sua proibição.²⁴

A frase do psiquiatra Moacyr Rosa, pesquisador da Universidade Duke, localizada em Durham, no estado da Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, ilustra a polêmica em torno da ECT, afirmando: "É injusto. Cardiologistas são heróis quando dão choque no peito, e nós somos carrascos porque damos choque no cérebro". Esta fala revela a pressão sentida por psiquiatras que defendem a ECT e que constantemente enfrentam críticas dentro de sua categoria e de outros segmentos sociais. Grande opositor da ECT foi o Movimento da Anti-Psiquiatria, produto das ideias filosóficas populares que tinham uma visão negativa em relação as doenças psiquiátricas, dizendo que estas não se passavam de invenção e que a prática da ECT nada mais era do que uma medida de punição brutal.²⁵

Foram realizados também significativos manifestos contra a aplicação da ECT, como o "Manifesto Nacional pela Proibição das Experiências com Eletrochoque" em 2004, onde o escritor Austregésilo Carrano Bueno, representante dos Usuários do Conselho Nacional de Reforma Psiquiátrica no Ministério de Saúde do Brasil, condena a liberação de verbas e proíbe a participação dos portadores de transtorno mental em pesquisas com a utilização da técnica, alegando que a terapia é uma forma de tortura.¹⁷

Depois de toda a evolução vivida pela técnica da aplicação da ECT, esta visão ruim em relação ao tratamento foi diminuindo com o tempo, porém, o princípio que o guia continua o mesmo, levando em consideração que mesmo assim podem ocorrer efeitos colaterais, como por exemplo, os distúrbios cognitivos da memória, que mesmo após todos os avanços científicos do tratamento eles ainda são os mais propensos a acontecer e é considerada uma das maiores causas pelas quais os próprios pacientes rejeitam o tratamento.²⁶ A terapia por eletrochoque chegou a ser denunciada pelos partidários dos direitos humanos. O Conselho Federal de Psicologia, é um dos conselhos profissionais que formalmente sustenta uma posição contrária ao uso da ECT em defesa dos Direitos Humanos, em apoio à luta antimanicomial e às manifestações dos usuários do sistema de saúde mental, que lutam pelo

direito de recusa à aplicação da ECT.

Evidências sobre a eficácia do tratamento com a ECT

O princípio fundamental da ECT se dá na passagem de uma corrente elétrica através da aplicação de eletrodos no crânio do paciente, induzindo uma convulsão com duração de 30 a 60 segundos.²⁵

Na maioria das vezes, a ECT é indicada em casos que necessitam de uma melhora rápida nos sintomas, quando os riscos com os psicofármacos são maiores que os riscos da ECT, quando o paciente não responde ao tratamento com psicofármacos ou quando o mesmo opta por realizar este tipo de tratamento.

Quando prescrita de forma adequada, a eficácia com o tratamento pela ECT é bastante nítida. Os sintomas geralmente diminuem ou até mesmo desaparecem com rapidez, porém, em alguns dos casos ocorrem que eles voltem a aparecer ao longo do tempo, o que leva o paciente a realização de sessões de manutenção do tratamento.²⁶

A Associação Americana de Psiquiatria, a eficácia da ECT é comprovada em pacientes com depressão grave com ideação suicida, catatonia, psicose puerperal, depressão gestacional, síndrome neuroepiléptica maligna, esquizofrenia, transtorno bipolar do humor e doença de Parkinson.¹¹

Evidencia-se então, que a ECT quando aplicada com a técnica modificada, com a devida assistência e as indicações precisas, consiste em um tratamento eficaz, seguro e capaz de promover melhora na qualidade de vida dos pacientes, através da redução dos sintomas em curto prazo.

Segundo apesar da técnica ter sido má utilizada por muitos anos, isso nunca fez com que os benefícios obtidos com a aplicação fossem invalidados.²⁸

As evidências apresentadas se fundam na melhora rápida dos sintomas e principalmente quando estes não respondem ao tratamento psicofármaco. A indicação clínica também é tida como relevante onde são descritos os transtornos que tem indicação da ECT. Porque alguns pacientes têm respostas positivas após sua aplicação e outros não, são indagações que permanecem neste estudo sem resposta, assim como se há evidências reais do comprometimento da memória em pacientes que ao longo dos anos se submeteram ao uso da ECT.¹³

Participação da enfermagem na aplicação da ECT

Grande parte das pesquisas não foram realizadas por enfermeiros, o que induz a concluir que por este motivo o papel da enfermagem na aplicação deste tratamento, é pouco relatado. Alguns, no entanto, referem que a partir do momento em que a técnica é indicada, o enfermeiro deve passar ao paciente e seus familiares todas as informações possíveis quanto ao tratamento, sendo estas informações claras e completas, usando uma linguagem acessível ao nível de conhecimento de cada um e esclarecendo qualquer dúvida que venha a surgir.

O enfermeiro tem suas funções e responsabilidades na aplicação da técnica, desde o preparo do paciente, da família, da preparação dos materiais e do ambiente terapêutico propício para a realização, garantir o jejum recomendado para o paciente que deve ser de no mínimo 8 horas.

Para a realização do procedimento, o enfermeiro deve orientar o paciente a vestir a roupa adequada, disponibilizada pelo hospital, daí então, conduz o paciente até a sala, realiza o posicionamento dos eletrodos e o observa durante a crise, protegendo o mesmo caso necessário, realiza o registro no prontuário, preenche a ficha do procedimento e por fim o encaminha para a sala de recuperação pós-anestésica.²⁷

É de extrema importância que o enfermeiro tenha um vínculo terapêutico com o paciente e a família, proporcionando confiança, segurança, alívio do medo e transmitindo tranquilidade, trazendo seu conhecimento de forma clara a estes indivíduos.²⁸

Percebe-se então que a participação da enfermagem neste tipo de tratamento está relacionada ao apoio e aos cuidados pré e pós o desenvolvimento da técnica. Pois, ela lida diretamente com o paciente, a família e com toda a equipe, sendo seu dever acolher, orientar e acompanhar em todas as etapas. Para que o cuidado a ser desenvolvido seja pautado na humanização e em atos de respeito, carinho e atenção para com a pessoa com transtorno mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a ECT é aceita como forma de tratamento pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria, porém, bastante polêmica e hoje de uso restritivo as clínicas psiquiátricas, não utilizado nos serviços substitutivos em saúde mental.

Pelo fato de que a ECT foi utilizada no passado como forma de punição, há um estigma de seu uso que ainda predomina na sociedade em geral. Críticas desfavoráveis são constantemente apresentadas pela mídia, o que reforça o temor quanto à sua aplicabilidade.

No Brasil as publicações ainda são incipientes e as discussões são predominantes quanto a indicação do tratamento, a descrição da técnica do procedimento e os benefícios resultantes da diminuição da sintomatologia apresentada pelo transtorno mental.

Também são destacadas posições contrárias referendadas no estigma da punição e da agressividade do tratamento em si. Assim, como o procedimento não leva a cura, mas sim ao alívio dos sintomas, muitos sob um olhar científico questionam sua eficácia. Mais do que uma prática técnica, a ECT necessita ser discutida como um tratamento que gera rejeições e que traz um marco histórico de punições e dor social, difícil de esquecer. Se hoje ela tem sua relevância e se tornou uma aplicação criteriosa e ética, é necessário que sem medo ou imposições estas questões sejam respeitosamente enfrentadas e discutidas na sociedade, e não impostas como uma verdade única.

É de extrema importância ressaltar que para que seja realizado o tratamento com a técnica da ECT haja um critério médico rigoroso de indicação, e deve ser o último recurso utilizado.

A psiquiatria tradicional, biomédica, privilegia o tratamento com psicofármacos e a ECT, não valorizando muitas vezes, outras alternativas de se cuidar e tratar o transtorno mental, como por exemplo, as terapias psicossociais, hoje, indiscutivelmente eficazes e necessárias para a diminuição dos sintomas e o controle das crises, além de seu importante papel de socialização do paciente psiquiátrico.

Deste modo, terapêuticas psicossociais que são voltadas para a socialização, o enfrentamento da dor emocional vivenciada pelo paciente e pela família, necessitam muitas vezes ser aliadas ao tratamento clássico medicamentoso ou mesmo a ECT, compreendendo que a eficácia de um não exclui o outro.

Para que se possa fugir de verdades tidas como absolutas, mas que na realidade não refletem o que a pessoa com transtorno mental às vezes mais necessita, que é a aceitação e o respeito como pessoa, seu direito de compreender e escolher formas mais humanas de se tratar.

REFERÊNCIAS

1. Alves CF, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Junior LPM, et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009; 72 (1): 85-96.
2. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Americ de enferm*. 2005; (13): 4.
3. Borenstein, MS, Pereira VP, Ribas DL, Ribeiro AA. Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico. *Rev bras enferm*. 2003; 5 (56): 201-5.
4. Filho MIM, Filha FSSC, Almeida RJ. Serviços de atendimento públicos para usuários de álcool e outras drogas. *Rev Cient Sena Aires*. 2016; 5(1):1-3.
5. Filho IMM, Almeida RJ, Santos OP. Activities offered for the therapeutic communities situated in the city of goiânia and characterization of your teams. *Vita et Sanitas*. 2017; 10(2): 20-9.
6. Mesquita JF, Novellino MSF, Cavalcanto MT et al. Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Caxambu-MG; 2010.
7. Filho MIM, 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.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
9. Salleh MA, Papakostas I, Zervas I, Christodoulou G. Eletroconvulsoterapia: critério de recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. *Rev Psiq Clínica*. 2006; (33): 5.
10. Perizzolo J, Berlim MT, Szobot CM, Lima AFBS, Schestatsky S, Fleck MPA. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*; 2003.
11. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. Kathy MA, Rodrigues CO, Muller TMF, Salles FS, Calegaro V, Cunha ABM. Bitemporal ultra-brief pulse electroconvulsive therapy for the treatment of neuroleptic malignant syndrome in a first psychotic episode: a case report. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018; 39(1): 62-3.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.640. Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2002.
14. Gil AC. Como elaborar projetos e pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
15. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
16. Silva JLP. Eletroconvulsoterapia, não Eletrochoque. *Respos: Rev inter program de aten Int pac jud do TJMJ*. 2012; (2) 1: 35-54.
17. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Brasil. Memória da loucura: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Elkis H, Meltzer HY. Esquizofrenia refratária. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(2): 41-7.
20. Maciel SC, Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Rev Psicol: Ciênc e Prof*. 2009; (29)3: 2009.

21. Amarante P. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e cérebro*. 2006; 164: 30-5.
22. Araújo Moura Fê I. Conflitos Éticos em Psiquiatria. Portalmedico.org.br; 2018. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/18.htm>.
23. Silva MLB, Caldas MT. Revisando a técnica da eletroconvulsoterapia no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Rev Psicol: Ciênc e Prof*. 2008; 2 (28): 344-61.
24. Coentre R., Barrocas D, Chendo I, Abreu M, Levy P, Maltez J, Figueira ML et al. Eletroconvulsoterapia Mitos e Evidências. *Rev Acta Médic Portug*. 2009; 3(22): 275-80.
25. Guimarães A N, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22 (2): 361-9.
26. Pastore DL, Bruno LM, Nardi AE, Dias AG. O uso da eletroconvulsoterapia no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2007. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; (30) 3: 175-81.
27. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev bras enferm*. 2012; 1(65): 97-103.
28. Moser CM, Lobato MI, Abreu PB. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; (27)3: 302-10.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO DEPENDENTE QUÍMICO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD)

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS REGARDING THE ASSISTANCE GIVEN TO DRUG ADDICTS AT THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER FOR ALCOHOL AND ANOTHER DRUGS (CAPS AD)

Charles da Silva Santana¹, Mayara Candida Pereira², Danielle Ferreira Silva³, Leila Batista Ribeiro⁴, Rodrigo Marques da Silva⁵, Cristilene Akiko Kimura⁶.

Como citar:

Santana CS, Pereira MC, Silva DF, Ribeiro LB, Silva RM, Kimura CA. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD). Rev. Cient. Sena Aires.2018; 7(3): 248-54.

RESUMO

Descreveu-se a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad). Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, baseado no método qualitativo. A percepção do profissional de enfermagem vem sofrendo alterações a partir do momento em que ele passa a atuar diretamente com o dependente químico, assumindo assim uma percepção mais humanizada baseada na real necessidade de disponibilizar uma assistência que vise à reabilitação e à inserção dos indivíduos no meio social. Quanto ao conhecimento para atuação nesse serviço, os profissionais se sentem despreparados. A atuação da enfermagem nos CAPS ad foi fator determinante não somente para a mudança na percepção dos profissionais de enfermagem sobre o dependente químico como também despertou a necessidade de buscar conhecimento para atuação.

Descritores: Enfermagem; Transtornos Relacionados ao Uso de Substância; Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

We described the perception of nursing professionals regarding the assistance given to drug addicts at the Psychosocial Attention Center for Alcohol and another Drugs (CAPS ad). It is a literature review based on the qualitative method. The perception of the nursing professionals changes at the moment they start working directly with the drug addict, acquiring a more humanized perception based on the real necessity of offering an assistance that aims the rehabilitation and the social inclusion of the patients. Besides, the professionals feel unprepared when it comes to the knowledge in this field. The performance of nurses who work at CAPS ad was a decisive factor to the changes of nurses' perception regarding drug addicts as well as awoke the necessity of seeking knowledge to work with it.

Descriptors: Nursing; Diseases related to the use of substances; Community services of mental health and.

REVISA

¹ Enfermeiro. Universidade Paulista. Distrito Federal, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Paulista. Distrito Federal, Brasil.

³ Enfermeira. Especialista. Faculdade Fibr. Goiás, Brasil.

⁴ Enfermeira Mestre em Enfermagem. Faculdade Fibr. Goiás, Brasil.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil. rodrigomarques@senaaires.com.br

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil

Recebido: 10/04/2018
Aprovado: 15/05/2018

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi desencadeada pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental no final da década de 70, e surgiu da necessidade de mudar o modo de assistência ofertado. Esse era realizado baseada no modelo hospitalocêntrico e biomédico, no qual as pessoas que se encontravam em sofrimento mental eram isoladas do meio social. A Reforma Psiquiátrica veio para propor a ruptura desse modelo e propor um modelo psicossocial.¹

Com esta Reforma, o modo de assistência sofreu grandes transformações, passando a ser reorganizado em uma rede de assistência extra-hospital, conforme a portaria nº 224/1992 que reformulou o tratamento diferenciado para esse público, sendo esse de forma ambulatorial e de caráter interdisciplinar, essa portaria trouxe as diretrizes e normas para a implantação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).¹⁻⁴

Com o intuito de se criar uma assistência diferenciada, foi estabelecida a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os CAPS, definindo suas diretrizes para funcionamento. Assim os serviços dessas unidades passaram a se organizar em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad, sendo integrante da rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS).^{2,5-7}

No ano de 2011 foi estabelecida a Portaria 3088/2011. Esta, por sua vez, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS que trabalha de forma integrada e articulada em diferentes modos de atenção para prestar assistência às pessoas com transtornos mentais inclusive os ocasionados pelo consumo de álcool, crack e outras drogas. Ou seja, a pessoa que sofre com transtorno mental tem o direito de receber o cuidado à saúde por qualquer uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde e, em casos agudos, também em unidades de urgência e emergência.⁸

O CAPS ad é uma rede de serviços especializados em prestar assistência a pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e sua instalação é prevista em cidades com uma população com mais 200.000 habitantes. O seu funcionamento ocorre durante os cinco dias úteis da semana e têm como objetivos a reinserção social dos dependentes por meio do acesso ao trabalho, o acompanhamento clínico, o lazer e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.⁹

Com a criação dos CAPS ad, surgiu um novo campo para atuação dos profissionais de enfermagem, porém estes apresentam despreparo para o trabalho devido o pouco conhecimento para lidar com os usuários dos centros de acolhimento. Sugere-se que seja por causa do pouco contato dos profissionais com a temática álcool e outras drogas durante seu processo.¹⁰

A incidência de pessoas que fazem uso de substância psicoativa tem aumentado, acarretando assim a necessidade de maior conhecimento por parte dos profissionais de enfermagem para atuarem diante da assistência prestada a esse público. Este estudo tem como finalidade incentivar a mudança da visão do profissional diante dessa temática procurando sempre fazer novas capacitações e contribuir para o meio acadêmico.

O objetivo deste estudo é descrever a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas, verificar seu conhecimento para atuar nos CAPS ad e caracterizar a visão dos profissionais em relação ao usuário.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura para responder a questão de pesquisa: qual é a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas?. A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), no mês de março 2016. Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados no idioma português, entre os anos 2010 a 2016 e artigos que contivessem em seus títulos e/ou resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): serviços de saúde mental, saúde mental e enfermagem em saúde comunitária.

O critério de exclusão foi artigos publicados em anos anteriores a 2010, em idiomas que não seja o português, que não apresentem relação com o tema proposto, optou-se por não incluir teses, dissertações e monografias.

Com os parâmetros utilizados, foram encontrados 377 artigos no banco de Scielo e 89 artigos no banco de dados da Lilacs, totalizando 466 artigos. Para os resultados de cada busca, a seleção inicial ocorreu pela simples leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles evidentemente não eram relacionados ao tema, que não estavam escrito em português ou com ano da publicação inferior a 2010. Os artigos potencialmente elegíveis, os resumos foram avaliados em uma segunda etapa de seleção, na qual os artigos que aparentemente atendiam os critérios de inclusão, neste caso 91, foram analisados. Após a leitura criteriosa, apenas 20 artigos atenderam os critérios de inclusão.

Os resultados consistem em três categorias: conceituação da assistência, conhecimento para atuação e a visão em relação ao usuário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceituação da assistência

A prática assistencial da enfermagem nos CAPS ad é voltada para o seu campo específico de conhecimento, sendo desenvolvidas atividades de sua competência como administração de medicamentos, coletas de exames, controle de sinais vitais. Há uma atividade específica do enfermeiro em relação à assistência em saúde mental que é voltada para o acompanhamento do período inicial de abstinência do dependente.¹¹⁻¹³

A assistência conforme descrita por profissionais de enfermagem tem a finalidade no CAPS ad de assumir um processo de reabilitação psicossocial que inclui a reinserção do indivíduo em atividades como em oficinas, em espaços comunitários e atividades diárias de casa, esse é um grande desafio que é assumido diariamente. Os profissionais de enfermagem são considerados facilitadores no processo de despertar nos indivíduos, o desejo de mudanças, proporcionando assim o interesse de se prevenir de possíveis recaídas ou agravos a sua saúde.¹⁴⁻¹⁵

Durante o cuidado profissional, uma atitude eficaz durante a assistência impacta de forma positiva, pois além de tratar os sintomas e os sinais apresentados, busca solucionar o problema, contribuindo assim para uma melhor adesão para o tratamento.¹⁶

Uma das formas de tratar a usuária apontada pelos profissionais é por meio do programa de redução de danos, onde o objetivo é a prevenção de DST e a redução de danos sociais, não sendo o fim curativa, mas preventiva. A

abstinência nesse caso não é o foco, sendo a meta é propor mudanças com relação ao consumo de drogas, demonstrando ao indivíduo novos hábitos que substituam esse consumo.¹⁷

Os profissionais relatam a importância da família no processo de tratamento do doente, acredita-se que o processo do adoecer implica também no contexto familiar. Portanto além de tratar o doente, os profissionais devem assistir a família, para que esse indivíduo possa ser inserido novamente no meio familiar. Esse processo se dá quando se promove os espaços de trocas, tendo a família como parceira no cuidado.¹⁸

Conforme estudo, a enfermagem trabalha com a escuta tanto do paciente como também de seus familiares.¹⁹ Em muitos casos os relatos apresentados pela família não coincidem com o do paciente e valorizam mais o relato da família que trouxe o sujeito que se encontra em sofrimento psíquico, do que o do próprio sujeito.

A enfermagem refere o dependente químico como uma pessoa que apresenta alterações cognitivas que se reflete em sua maneira de agir, manifestando de forma negativa em sua vida social e familiar. Portanto, eles acreditam que o usuário necessita da compreensão e apoio tanto por parte dos profissionais como dos familiares para se ter um tratamento eficaz. Onde objetiva estimular a autonomia e autoestima, para que seja restabelecido o relacionamento social e ocorra a melhora do estado cognitivo, contribuindo para reabilitação psicossocial dos indivíduos.²⁰

Um dos fatores que impacta de forma negativa sobre a assistência é a falta de profissionais, pois é considerada a equipe pequena em relação à demanda de procura. Apesar desse problema os profissionais trabalham de forma articulada e há cooperação entre todos para a prestação de serviço. Outro fator que dificulta o serviço da enfermagem nos CAPS ad é o espaço físico e interfere na qualidade assistencial.^{21,22}

Um estudo em dois CAPS ad do interior do estado de São Paulo, aponta que uma das dificuldades vivenciadas pela a equipe de enfermagem é a falta de funcionários, fator que contribui diretamente para proporcionar uma dinâmica de trabalho estressante para atuação profissional e para melhora é necessário a contratação de novos profissionais.²³

No campo administrativo, o enfermeiro no CAPS ad desenvolve atividades administrativas que são de seu núcleo de conhecimento específico. Podendo estar a frente da coordenação do serviço de enfermagem, supervisão da equipe de enfermagem e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Porém, devido à carência de profissionais de outras áreas, este também atua muitas supervisionando outros trabalhadores que fogem de sua atribuição.¹¹

Um estudo em um Centro de Atenção Psicossocial II e ad relata que a enfermagem desconhece o real papel junto a equipe interdisciplinar no CAPS.²⁴ A justificativa usada é que o serviço foi implantado recentemente e se encontra em processo de construção. Desempenhando muitas vezes atividades que não são de sua competência. Acredita-se que o papel da equipe ainda se encontra em construção nesse espaço.

Conhecimento para atuação

Ao analisar a percepção do profissional de enfermagem em relação ao seu conhecimento para atuarem junto ao CAPS ad, evidencia-se que eles apresentam pouco conhecimento a respeito da temática que envolve as substâncias psicoativas e a dependência química. Isto porque essa temática foi trabalhada rapidamente durante o processo de formação essa foi realizada de forma rápida²⁵.

Profissionais relatam a carência de conhecimento acerca da

dependência química nos cursos e estágios. Com isso, muitos profissionais só tiveram o contato com o dependente quando passou a atuar nos CAPS ad, evidenciando a falta de preparo para atuarem na área da saúde mental e psiquiátrica tanto de maneira prática como teórica.^{14,22}

Além dessa carência de conhecimento ocasionada durante o processo de formação, há ainda falta de iniciativa do próprio serviço no oferecimento de capacitação e treinamento. Para se capacitar é necessário dispor de tempo, com isso o profissional terá que optar em repor a carga horária perdida no trabalho. Outro fator que influencia é que quando ofertados cursos de capacitação e especialização na área de saúde mental os profissionais têm apresentando dificuldade financeira para seu custeio.²⁵

Há relato por parte dos profissionais que mesmo na ausência de especializações e capacitações, eles se encontram na busca de conhecimento e informações por meio da realização de leitura de artigos, livros e a troca de informações entre outros profissionais é própria equipe.²⁶

Um estudo realizado no CAPS ad do município de Campinas SP, em 2016 aponta que a equipe atuante tem tido a iniciativa de buscar aprimorar seus conhecimentos por meio de um processo de educação, realizado através de reuniões onde cada profissional contribui com suas experiências durante seu processo assistencial.²⁷ Acredita-se que a visão de todos que estão envolvidos ao no acolhimento ao usuário é extremamente relevante e relatam ainda a importância da contribuição dos estagiários e residentes nesse processo de educação.

Os profissionais, segundo o estudo, apresentam uma angústia ocasionada pela não valorização do seu trabalho, por causa de um salário mencionado por eles como insignificante e que não permite que seja realizado um investimento teórico como pessoal.²⁸ No entanto, é cobrado pelo sistema esse investimento, mas apesar dele não oferecer recursos suficientes para investir nesse trabalho.

A visão em relação ao usuário

A visão do profissional de enfermagem se apresentou em dois ângulos diferentes, sendo essas uma visão antes de sua atuação na área de saúde mental especificamente no CAPS ad e a outra como um profissional vinculado área. ^{29,30} Antes de sua atuação o profissional apresentou um julgamento preconceituoso e baseado no senso comum, relatou medo em ter contato com os dependentes químicos, pois acreditava que a dependência química estava relacionada ao desvio de caráter.^{29,30}

Ao passar a atuar diretamente com os dependentes químicos esse conceito muda, passando o dependente químico a ser visto como um doente, como qualquer outro que necessita de um tratamento digno, abandonando assim a visão de que a dependência é um desvio de caráter.²⁹

Os profissionais reconhecem o dependente como um doente responsável pelo estado no qual se encontra ou como vítimas das condições sociais. No levantamento do estudo prevalece o ponto de vista que o dependente é um doente que necessita de cuidados específicos por profissionais capacitados. Eles vêem o dependente químico como um indivíduo que manifesta disfunções familiares, estando essas relacionadas a conflitos como a própria falta de apoio familiar.²⁹

Os enfermeiros de um estudo realizado em onze CAPS ad do município de São Paulo nas regiões norte, sul, centro oeste, leste e oeste, trazem a visão que o dependente químico é uma pessoa que tem dificuldades em lidar com suas emoções, com isso buscam as substâncias psicoativas para suprir essas dificuldades.²⁹

A atuação profissional nos CAPS ad é um fator determinante para a

mudança da conceituação, contribuindo para a superação do preconceito e o receio do contato com os dependentes, despertando a capacidade de olhar para o indivíduo e não somente para sua condição física, contribuindo assim para uma assistência mais humanizada, deixando de lado o julgamento comum e o medo em lidar com o usuário.^{29,30}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise dos artigos, os profissionais apontam a carência de conhecimento para atuar diretamente com o dependente químico, devido o pouco contato com a temática que envolve o uso das substâncias psicoativas durante o seu processo de formação e também a falta de interesse do profissional em atuar com esse público por se sentirem despreparados.

A aquisição de conhecimento ocorre no momento da atuação profissional no seu cotidiano, evidenciando a necessidade da enfermagem se capacitar em saúde mental e psiquiátrica. Assim poderá assistir com maior qualidade o dependente químico e ter domínio da temática que envolve álcool e outras drogas.

A assistência de enfermagem nos CAPS ad, foi um fator determinante para a mudança da conceituação do profissional em relação aos dependentes químicos, demonstrando que a falta de contato com a teoria e a prática reflete uma visão preconceituosa ao lidar com esse público.

Sugere-se que durante o processo de formação seja trabalhado com uma maior frequência a temática em discussão, apresentando a teoria e associando-se a prática em campo de estágios, despertando interesse em se buscar aprimoração nesse campo de atuação.

REFERÊNCIAS

- 1.Ramos AOS. Assistência de enfermagem na atenção psicossocial. Florianópolis. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
- 2.Silva ALO, Tavares BJS. Cuidados de enfermagem a pacientes com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. Caruaru. Monografia [Bacharelado em enfermagem] - Faculdade de Educação do Vale do Ipojuca S/A; 2011.
- 3.Silva APX. Proposta de implementação de instrumento norteador das ações de enfermagem no centro de atenção psicossocial em uma cidade de Minas Gerais. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
- 4.Brasil, Ministério da Saúde. Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
- 5.Kantorski LP, Guedes AC, Feijó AM, Hisse CN. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um caps: contribuições para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4): 1022-9.
- 6.Barbosa CRR, Couto FC, Gomes RW, Emmerick V. Atuação do Enfermeiro Frente aos Modelos Substitutivos no Tratamento aos Portadores de Transtornos Mentais.
- 7.Brasil, Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 8.Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos capsad do município de natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14 (1): 56-63.
- 9.Pratta EMM, Santos MA. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2009; 203-11.
- 10.Silva NMRMO. Centros de atenção psicossocial álcool e drogas: modelo de cuidado, competências e demandas de aprendizagem dos profissionais. Tese [Doutorado Instituto de Psicologia] - Universidade de Brasília; 2016.

11. Vargas D, Bittencourt MN, Rocha FM. Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014;18(1).
12. Kantorski LP, Hypolito AM, Willrich JQ, Meirelles MCP. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial a luz do modo psicossocial. *Rev. Min. Enferm*. 2010;14(3): 399-407.
13. Vargas D, Oliveira MAF, Duarte FAB. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas da cidade de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1).
14. Bourguignon LN, Guimarães ES, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS ad do estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3):467-73.
15. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo, JQ, Braga VAB. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. *Rev Rene*. 2012; 13(2):321-31.
16. Divane VD, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):73-9.
17. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN, Cunha BMC, Almeida ANS, Guerreiro EM. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014;18(2).
18. Moreno V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 603-7.
19. Lima DWC, Vieira AN, Silveira LCA. Escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(1): 154-60.
20. Souza IAS, Pereira MO, Oliveira MAF, Pinho PH, Gonçalves RMA. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(5):447-53.
21. Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2965-75.
22. Ribeiro DR, Carvalho DS. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *J Bras Psiquiatr*. 2015; 64(3):221-9.
23. Ventura CAA, Moll MF, Araújo AS, Jorge MS. A enfermagem e as dimensões organizacionais de dois centros de atenção psicossocial. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 14(2):1097-104.
24. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):110-5.
25. Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas: a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto contexto Enferm*. 2011; 20(1):119-26.
26. Varela DSS, Sales IMM, Silva FMD, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(2):296-302.
27. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. *Comunicação saúde educação*. 2016; 20(57):325-35.
28. Macedo JQ, Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN, Cunha BMC, Almeida ANS, et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4): 999-1006.
29. Vargas D, Bittencourt MN, Rocha FM. Representação Social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas sobre o dependente químico. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):242-8.
30. Vargas D, Bittencourt MN, Silva ACO, Soares J, Leon REGL. Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(6): 1063-8.

CÂNCER DE PELE: CONHECENDO E PREVENINDO A POPULAÇÃO

META SKIN CANCER: KNOWING AND PREVENTING POPULATION

Simara Silva Bomfim¹, Ani Cátia Giotto², Anna Gabriella e Silva³.

Como citar:

Bomfim SS, Giotto AC, Silva AG. Câncer de pele: conhecendo e prevenindo a população. Rev. Cient. Sena Aires.2018; 7(3): 255-9.

RESUMO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. Essa doença apresenta diferentes linhagens: câncer de pele não melanoma (CPNM) e o tipo melanoma (MC) sendo esses os tipos mais comuns. O CPNM é o mais frequente e trata-se de um tumor de crescimento lento, localmente invasivo e de bom prognóstico se tratado de forma adequada e oportuna, todavia a demora no diagnóstico pode levar a ulcerações e deformidades físicas graves. Esse estudo constitui uma revisão integrativa da literatura, com foco sobre o tema a ser estudado; avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados extraído das fontes primárias as características da amostra e método. A exposição aos raios ultravioletas pode causar alterações no DNA dos melanócitos resultando no risco de carcinogênese em nevos melanócitos na infância. O período da infância e a adolescência são considerados períodos críticos de vulnerabilidade aos efeitos da exposição solar. Esse comportamento pode levar ao desenvolvimento do câncer não melanoma ou do melanoma maligno na vida adulta. Foi constatado que o índice de câncer de pele é maior em pacientes com idade superior a 60 anos do que em jovens, pois apresentam um número maior de lesões. Porém é importante abordar o assunto sobre o desenvolvimento da neoplasia ainda na infância, e as medidas adequadas de fotoproteção

Descritores: Câncer de pele; melanoma cutâneo; neoplasia

ABSTRACT

Skin cancer is the highest incidence in Brazil. This neoplasm presents different lineages, non-melanoma skin cancer (NSCLC) and melanoma type (MC), these being the most common types. NSCLC is the most frequent; it is a slow-growing, locally invasive tumor with a good prognosis if it is treated properly and in a timely manner, however delay in diagnosis can lead to severe ulcerations and physical deformities. It is an integrative review of the literature, for this review, it was considered the identification of the problem and objective; analysis of the literature focusing on the subject to be studied; evaluation of data applying inclusion and exclusion criteria; analysis of the data extracting from the primary sources the characteristics of the sample and method. Exposure to UVR can cause changes in melanocytic DNA resulting in the risk of carcinogenesis in melanocytic nevi in childhood. The period of childhood and adolescence is considered a critical period of vulnerability to the effects of sun exposure. This behavior may lead to the development of nonmelanoma cancer or malignant melanoma in adult life. It was verified that the skin cancer index is higher in patients over 60 years old than in young people, since they present a greater number of lesions. However, it is important to address the issue of the development of childhood neoplasia and appropriate photoprotection measures.

Descriptors: Skin cancer; cutaneous melanoma; neoplasia.

REVISA

¹Acadêmica de fisioterapia.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.
simara.s.bomfim@gmail.com

² Bióloga. Doutora em Botânica.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.
ani@senaaires.com.br

³ Fisioterapeuta. Especialista.
Anhanguera. Distrito Federal, Brasil.
annagabriella@senaaires.com.br

Recebido: 10/03/2018
Aprovado: 15/05/2018

REVISÃO

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. Essa neoplasia apresenta diferentes linhagens: câncer de pele não melanoma (CPNM) e o tipo melanoma (MC) sendo esses os tipos mais comuns. O CPNM é o mais frequente, trata-se de um tumor de crescimento lento, localmente invasivo e de bom prognóstico se tratado de forma adequada e oportuna, todavia a demora no diagnóstico pode levar a ulcerações e deformidades físicas graves. O tipo melanoma é o menos frequente e o mais grave, detectado em 4% dos pacientes; nas fases iniciais é curável, mas, sem tratamento, pode implicar no surgimento de metástases que causam elevada mortalidade.¹

Inúmeras causas apontam os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele: quantidades de nevos, cor de pele branca, exposição solar excessiva, história familiar de câncer de pele, história de neoplasia maligna. A exposição solar desprotegida cumulativa ou intensa com queimadura favorece o desenvolvimento do câncer, em especial quando ocorrem nas primeiras décadas de vida.¹⁻³

A efetiva proteção solar compreende em várias medidas, entre as quais roupas adequadas e o uso de filtros solares. Nesse sentido, existem três níveis de programas de prevenção: a primária, que previne sobre riscos de determinada enfermidade, a secundária, que consiste no diagnóstico precoce, e a terciária que previne deformidades, recidivas e morte.⁴

O diagnóstico precoce tem papel fundamental para a melhora do prognóstico e redução da neoplasia. Essa identificação de fenótipos de risco pode ser favorável em ações de saúde pública visando às prevenções primária e secundária.⁸ Esse estudo teve como objetivo sensibilizar a população em relação aos riscos do câncer de pele e orientar sobre as práticas de fotoproteção.

MÉTODO

Para elaboração deste estudo de revisão integrativa, realizou-se análise da literatura com foco sobre o tema câncer de pele. A avaliação dos dados utilizou como critério de inclusão o período de publicação entre 2011 e 2018 de artigos em língua portuguesa e como critérios de exclusão os artigos repetidos, artigos não acessíveis em texto completo, resenhas, anais de congresso, artigos de reflexão, artigos de opinião, editoriais, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo e artigos publicados antes do ano de 2011.

A busca e análise de artigos ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2018. As bases de dados de literatura científica e técnica consultadas foram a Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados 20 artigos inicialmente, mas depois de analisados utilizou-se 10 artigos. Os descritores pesquisados “câncer de pele”, “melanoma cutâneo” e “neoplasia” foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição à radiação ultravioleta pode causar alterações no DNA dos melanócitos resultando no risco de carcinogênese em nevos melanócitos na infância. O período da infância e a adolescência são considerados críticos em relação à vulnerabilidade aos efeitos da exposição solar. Esse comportamento

de exposição durante estes períodos da vida pode levar ao desenvolvimento do câncer não melanoma ou do melanoma maligno na vida adulta.²

Pacientes mais idosos apresentam grande números de lesões se comparados com jovens, demonstrando a relevância do fator acumulativo. A faixa etária de pessoas acima de 60 anos é a mais acometida pelo câncer de pele.³

Campanhas podem auxiliar na prevenção de neoplasia de pele. Médicos voluntários, por exemplo, realizaram exame dermatológico completo no Piauí e preencheram formulários com dados de todos os pacientes (sexo, idade, cor, proteção solar, história pessoal ou familiar de câncer de pele e diagnóstico provável)⁴. Em dois anos, foram realizados 1.141 exames dermatológicos, dos quais 122 (10,7%) tiveram o diagnóstico de câncer de pele.⁴

É possível fazer algumas observações em razão de fatores de prognósticos clínicos e idades superiores a 60 anos estão ligadas a um pior parecer. Essa informação é válida tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Em estudo com 56 pacientes que tinham menos que 60 anos, observou-se que a sobrevida foi de 71,4% e dos 26 que tinham mais que 60 anos, 65,4% estavam vivos no final do período estudado.⁵

Além de pacientes com mais de 60 anos serem os mais afetados pela neoplasia, diversos outros fatores influenciam o desenvolvimento da patologia, tais como, pele clara e áreas constantemente expostas ao sol, como face, região do nariz e região malar. Membros cobertos, como tronco e pernas tem incidência menor do que as demais regiões com grau de exposição mais elevado.⁶

É comum na sociedade atual a procura por pele bronzeada, principalmente entre as mulheres. Dentre os fatores que mais influenciam a construção dessa mentalidade, está a busca por um padrão de beleza que é diariamente exposto em meios de comunicação, principalmente entre a população mais jovem. Somado a isso, crenças populares de que o bronzeamento da pele evita futuras lesões, e traz benefícios a saúde, induz às pessoas a exposição inadequada aos raios solares.¹

A primeira linha de defesa contra os efeitos da radiação solar é o protetor solar. Ele contém elementos profilático e terapêuticos, contem moléculas que podem absorver, refletir ou dispersar a radiação ultravioleta (UV). Mesmo em dias nublados o uso do protetor solar é importante, pois a exposição a esses raios podem levar o desenvolvimento da patologia.¹

O Fator de Proteção Solar (FPS) foi desenvolvido como medida para indicar a eficácia do protetor solar, ou seja, quanto maior o FPS maior será a proteção da pele. O indivíduo que apresenta vermelhidão (eritema) na pele após 10 minutos de exposição solar quando utiliza filtro solar com FPS 15 irá desenvolver eritema apenas após 150 minutos de exposição solar (10 minutos x 15).²

Foram levantadas dúvidas sobre o uso do protetor solar como possível fator para a deficiência de vitamina D no corpo fazendo assim a redução da síntese de vitamina D ativa em 98% pelo uso de FPS 15. Entretanto, estudos concluíram que essa deficiência é insignificativa, uma vez que a vitamina D necessária é adquirida pela dieta. Além disso, mesmo que se aplique o protetor solar corretamente, essa aplicação não é de forma homogênea fazendo com que os UV penetrem na pele.²

A Sociedade Brasileira de Dermatologia desenvolveu o Consenso Brasileiro de Fotoproteção, primeiro documento oficial sobre fotoproteção elaborado no Brasil e destinado a brasileiros, apresentando recomendações sobre as questões envolvendo a fotoproteção devido às peculiaridades do território com heterogeneidade de climas e enorme miscigenação de sua população. O Consenso Brasileiro de Fotoproteção recomenda o uso do protetor solar e a reaplicação a cada duas horas ou após períodos longos de

imersão; Orienta a exposição solar no período entre 10 e 15 horas, e em algumas regiões brasileiras com o horário de verão até as 16 horas; Incentiva o uso de protetores individuais, e Aplicam medidas de promoção a saúde para a população.⁷

Quadro 1- Orientações básicas sobre medidas fotoprotetoras adaptadas do consenso brasileiro de fotoproteção. Goiás, 2017.

MEDIDAS FOTOPROTETORAS	ORIENTAÇÕES BÁSICAS
Filtro solar tópico	Preferir filtros com FPS 30 ou mais e PPD > 12 resistentes à água e à transpiração, com boa qualidade e que não escorram nos olhos; Priorizar segurança, eficácia, benefício e custos; Escolher produto de amplo espectro adaptado ao tipo de pele; Aplicação diária e homogênea com reaplicações frequentes; Reforço na face (nariz e lábios), orelhas, nuca, ombros e mãos; Quantidade: aplicar 2mg/cm ² = 25g para 60-70 kg (ideal na face = 2g); Especial atenção em dias nublados porque 80-90% das radiações ultravioleta ultrapassam as nuvens.
Chapéu, boné ou viseira	Aba larga com cerca de 8 cm
Óculos de sol	Proteger olhos e pálpebras com lentes UVA e UVB.
Horário do dia	Reduzir ou evitar exposição solar das 10 às 16 horas; Evitar exposição ao ar livre sem protetor solar.
Sombras e coberturas	Permanência à sombra quando possível (sob árvores, guarda-sol ou outras coberturas) para reduzir exposição solar.

Fonte: Revista Brasileira de Educação Médica, 2014.⁷

A identificação de elementos comportamentais, fenotípicos e configuração de grupos de riscos são informações que permitem medidas sanitárias de prevenção primária na população.⁶ Além disso, estudos epidemiológicos aperfeiçoam campanhas de detecção, incentivam a promoção de programas educacionais nas escolas e comunidades, otimizam as ações de saúde pública e saúde do trabalhador.⁸ Consequentemente essas ações auxiliam na diminuição da morbidade e dos gastos do sistema de saúde pelo reconhecimento e tratamento precoce das lesões.⁸

Medidas de educação quanto à exposição solar intensa e desprotegida devem ser estimuladas, pois há evidências da participação da radiação ultravioleta no desenvolvimento do câncer de pele.⁸ As atividades de sensibilização sobre as medidas preventivas estão relacionada com o conhecimento sobre os horários de menor incidência de UVB, proteção profissional e no lazer, prevenção de queimaduras solares, uso de vestimentas adequadas e protetores solares.

CONCLUSÃO

O índice de câncer de pele é maior em pacientes com idade superior a 60 anos, pois apresentam número maior de lesões do que jovens. Porém é importante abordar o assunto sobre o desenvolvimento da neoplasia ainda na infância e nesse período iniciar as medidas adequadas de fotoproteção. Essa fase é considerada o período de vulnerabilidade em relação aos efeitos da exposição solar. Muitas pessoas desconhecem a importância das medidas

preventivas. Algumas medidas são primordiais para minimizar e diminuir a chance futura do desenvolvimento da neoplasia. Os devidos cuidados com a radiação solar permanecem como principal medida contra o câncer de pele.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DS, Silva BR, Macedo CL, Oliveira AP, Quirino MD, Camargo CL. Conhecimento e prática acerca da prevenção do câncer de pele: um estudo com adolescentes. *rev. bras. med.* 2013; 70(10).
2. Criado PR, Nakano MJ, Prado OZN. Fotoproteção tópica na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria.* 2012; 88(3): 203-10.
3. Silva AK, Santos FG, Haeffner LSB, Budel F. Câncer de pele: demanda d um serviço de dermatologia de um hospital terciário. *Revista Saúde.* 2012; 38(2).
4. Bandeira LR, Barros BP, Parente AI, Soares LLR, Lopes FLL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2012; 25(2): 221-7.
5. Batista FRB, Bonetti TC. Sobrevida de pacientes com melanoma cutâneo na região oeste de Santa Catarina-SC. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2012; 58(4): 647-53.
6. Nigro MHMF, Brandão LSG, Coelho APCP, Motta LM. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru. *Surgical & Cosmetic Dermatology.* 2015;7(3):232-5.
7. Puriml KSM, Wroblevskil FC. Exposição e Proteção Solar dos Estudantes de medicina de Curitiba. *Sun Exposure and Protection among medical Students in Curitiba.* *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2014; 38(4): 477-85.
8. Pessoa CV, Miot HA. Prevalência de lesões cutâneas actínicas em pacientes com carcinoma basocelular do segmento cefálico: um estudo caso-controle. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(2): 188-96.
9. Bastos JCS, Piñeiro MJM, Moraes FMB. Melanoma desmoplásico associado a lesão lentiginosa intraepidérmica, com evolução de 10 anos: relato de caso e revisão bibliográfica. *An Bras Dermatol.* 2013;88(3):413-8.
10. Barella CS, BLANCO L, Yamane A. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular. *Revista Brasileira de Clínica Médica.* 2013; 43-7.

EFEITOS METABÓLICOS, IMUNITÁRIOS E INFLAMATÓRIOS DA SUPLEMENTAÇÃO DIETÉTICA DE PANAX GINSENG EM INDIVÍDUOS COM SOBREPESO E OBESIDADE

METABOLIC, IMMUNE AND INFLAMMATORY EFFECTS OF PANAX GINSENG DIETARY SUPPLEMENTATION IN OVERWEIGHT AND OBESITY INDIVIDUALS

Mateus Camara Dias¹, Renata Costa Fortes²

Como citar:

Dias MC, Fortes RC. Efeitos metabólicos, imunitários e inflamatórios da suplementação dietética de panax ginseng em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Rev. Cient. Sena Aires.2018; 7(3): 260-6.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos metabólicos, imunitários e inflamatórios da suplementação dietética de Panax ginseng em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Trata-se de Estudo de revisão qualitativa de artigos publicados em: SciELO (Library Online), PubMed (U.S. National Library of Medicine)/MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS) e Science Direct, Cochrane Library dos anos de 2012 a 2017. Foram encontrados um total de 77 artigos, porém, dos artigos encontrados apenas 5 foram incluídos por atenderem aos critérios de elegibilidade. Todos os estudos encontrados foram ensaios clínicos, realizados em seres humanos obesos e/ou com sobrepeso. Observou-se que o Panax ginseng é capaz de atuar na homeostase do sistema cardiovascular por meio da estimulação da angiogênese, aumentar o sistema imunitário, além de exercer atividades antibacteriana, antitumoral, anticarcinogênica, antiinflamatória, antioxidante, hipotensora, hipoglicêmica e neuroprotetora. Os resultados sugerem que o Panax ginseng representa uma terapia alternativa promissora para pacientes acometidos por diversas doenças como a obesidade e suas comorbidades. Entretanto, dada a escassez de estudos, faz-se necessária a realização de estudos adicionais para comprovar os reais benefícios desse fitoterápico.

Descritores: Panax ginseng; Fitoterapia; Obesidade.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the metabolic, immune and inflammatory effects of dietary supplementation of Panax ginseng in overweight and obese individuals. This is a qualitative review of articles published in: SciELO (Library Online), PubMed (US National Library of Medicine) / MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS) and Science Direct, Cochrane Library from 2012 to 2017. A total of 77 articles were found, however, of the articles found only 5 were included because they met the eligibility criteria. All studies found were clinical trials in obese and / or overweight humans. It has been observed that Panax ginseng is capable of acting in the homeostasis of the cardiovascular system by stimulating angiogenesis, enhancing the immune system, as well as exerting antibacterial, antitumoral, anticarcinogenic, anti-inflammatory, antioxidant, hypotensive, hypoglycemic and neuroprotective activities. The results suggest that Panax ginseng represents a promising alternative therapy for patients suffering from various diseases such as obesity and its comorbidities. However, due to the scarcity of studies, it is necessary to carry out additional studies to prove the real benefits of this herbal medicine.

Descriptors: Panax ginseng; Phytotherapy; Obesity.

REVISA

¹ Acadêmico de Nutrição.
Universidade Paulista. Distrito
Federal, Brasil.

² Nutricionista. Doutora em Nutrição.
Universidade Paulista. Distrito
Federal, Brasil.
fortes.rc@gmail.com.

Recebido: 10/03/2018
Aprovado: 15/05/2018

INTRODUÇÃO

A obesidade, doença crônica endócrino-metabólica, inflamatória e multifatorial, pode ser definida como o acúmulo anormal de gordura corpórea capaz de afetar a saúde do indivíduo. Ela está associada a diversas desordens metabólicas que alteram a homeostase sistêmica, com consequente acometimento das principais regiões orgânicas como o pâncreas, o fígado, o coração, dentre outras.¹

Devido à elevada prevalência e capacidade de elevar o risco de morbimortalidade nos indivíduos por ela acometidos, a obesidade representa um sério problema de saúde pública.² Estimativas apontaram, em 2014, que mais de 1,9 bilhões de adultos com idade igual ou superior a 18 anos estavam acima do peso corpóreo, sendo que; destes, 600 milhões eram obesos.³

Terapias alternativas adjuvantes às tradicionais na obesidade são de suma importância. Evidências científicas têm comprovado que o *Panax ginseng* é capaz de reduzir a expressão de citocinas pró inflamatórias e quimiocinas, atuar na homeostase do sistema cardiovascular, aumentar o sistema imunitário, a atividade antibacteriana, antitumoral, anticarcinogênica, anti-inflamatória, antioxidante, hipotensora, hipoglicêmica e neuroprotetora.⁴⁻⁶

Outros estudos apontam que o *Panax ginseng* atua por meio da melhoria do humor, da capacidade cognitiva, do estresse físico e mental.⁷⁻⁸

Porém, cabe destacar que, ainda há escassez, na literatura, de estudos conduzidos em seres humanos sobre os efeitos da suplementação dietética de *Panax ginseng*, bem como da maior parte das plantas medicinais que possuem alegação de atividade no tratamento da obesidade.

O objetivo deste estudo foi investigar, na literatura, os efeitos metabólicos, imunitários e inflamatórios da suplementação dietética de *Panax ginseng* em indivíduos com sobrepeso e obesidade.

MÉTODO

Tratou-se de uma revisão sistemática por meio de artigos científicos indexados em: PubMed (U.S. National Library of Medicine)/MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS)/ Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBESC), Cochrane Library.

Para a busca dos artigos, priorizou-se como critério de inclusão apenas os ensaios clínicos, os estudos experimentais e as revisões sistemáticas com ou sem metanálises, publicados no período de 2012 a 2017, que avaliavam os efeitos imunitário, metabólico e inflamatório do *Panax ginseng* na obesidade. Foram incluídas todas as classes e compostos do *Panax ginseng*.

Definiu-se a busca pelos idiomas português e inglês, porém, considerou-se os artigos em outros idiomas. Os descritores utilizados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>) foram: fitoterapia, obesidade e ginseng, com auxílio do operador booleano “and”.

Foram excluídos os artigos que não utilizavam as ferramentas-teste para avaliação dos efeitos do *Panax ginseng* e aqueles que, apesar de terem sido publicados no período determinado pela busca, analisavam dados secundários de pesquisas realizadas há mais de 20 anos.

Para a apresentação dos resultados, realizou-se a análise dos artigos utilizados no presente estudo em relação ao ano e ao tipo de estudo. Em seguida, buscou-se fundamentar a discussão na síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados sobre os efeitos do ginseng na obesidade.

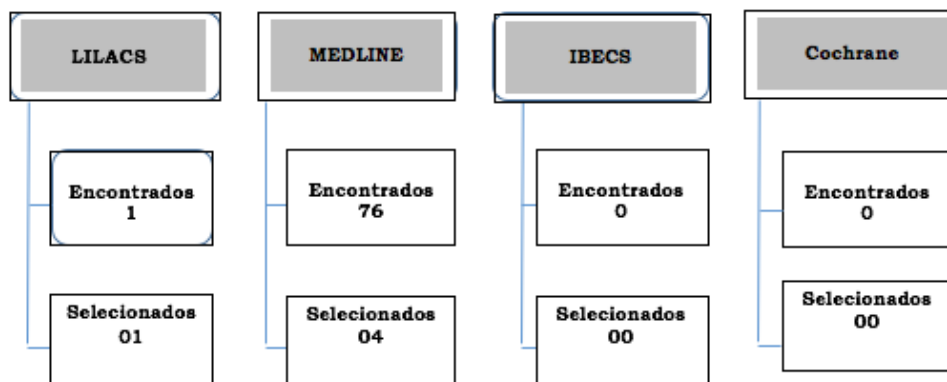
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos artigos

Foi encontrado um total de 77 artigos, porém, apenas 5 atenderam aos critérios de seleção (Figura 1). Destes, 0% (n=0) eram de 2012, 40% (n=2) de 2013, 0% (n=0) de 2014, 0% (n=0), 2015, 40% (n= 2) de 2016, 10% (n=1) de 2017.

Em relação ao delineamento dos estudos, constataram-se que 100% (n=5) eram ensaios clínicos; 0% (n=0) experimentos “in vivo” e 0% (n=0) metanálises/revisões sistemáticas, 0% (n=0) Cochrane.

Figura 1 - Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados em LILACS/BIREME, MEDLINE E IBECs, 2012 a 2017.



Efeitos do *Panax ginseng* no sobrepeso e na obesidade

Há cerca de 2000 anos, na Ásia, constatou-se o primeiro registro de ginseng para uso terapêutico. Em 1761, as primeiras espécies americanas de ginseng foram descobertas na América do Norte. Logo após, em 1843, atribuiu-se ao ginseng o nome botânico "Panax", palavra grega que significa "tudo cura".⁹

Sendo assim, a fitoterapia - tratamento de doenças por meio de plantas recentes ou secas, bem como os seus extratos naturais - acompanha o homem desde a era primitiva. Ela se destaca nos tempos atuais pelo uso racional das plantas no controle e/ou na cura de doenças com base na comprovação científica.¹⁰

Existem vários ginseng, sendo que os mais conhecidos são: *Panax ginseng* (ginseng asiático), *Panax quinquefolius* (ginseng americano) e *Panax japonicus* (ginseng japonês). A ação de cada um dependerá dos princípios ativos, sendo que os componentes bioativos mais conhecidos são os ginsenosídeos, os polissacarídeos, os peptídeos, os ácidos graxos e as saponinas.⁹

Acredita-se que o principal composto bioativo que responde pelos atributos medicinais do ginseng é o ginsenosídeo, porém, cabe salientar que a quantidade e a composição dos ginsenosídeos são significativamente influenciadas por espécie, idade, parte da planta, método de cultivo, estação de colheita, método de preservação e distribuição geográfica.⁹

Algumas das substâncias isoladas podem atuar como potentes antioxidantes como os derivados de sulfatos Rh2-b1 e Rh2-b2, foi mostrado que esses 2 compostos possui um alto efeito anti-inflamatório com um possível mecanismo de inibição das citocinas inflamatórias e mediadores de

LPS, bem como, a utilização do composto isolado Rg1 pode atuar como potente estimulante sexual e modulação do humor.¹¹

Comercialmente, o *Panax ginseng* pode ser encontrado nas mais diversas formas, tais como: extrato seco, cápsulas e comprimidos. A forma de mais indicada e utilizada é de 400 mg/dia de extrato seco de *Panax ginseng*. Sendo assim, observa-se que o ginseng é distribuído para mais de 35 países nas mais variadas formas, como ginseng fresco, ginseng seco, ginseng cozido e seco, ginseng vermelho e produtos relacionados, sendo consumido como alimento, suplemento dietético e fitoterápico.⁹

O *Panax ginseng* também pode ser responsável por atuar em caminhos metabólicos referentes a lipólises através da regulação de mediadores químicos intracelulares¹². Foi demonstrado uma ação protetora aguda dos danos do etanol sobre o fígado, as saponinas do *panax notoginseng* geraram um efeito protetor hepático por uma dose aguda de etanol através de supressão das espécies reativas de oxigênio, e restauração dos níveis de glutathione (GSH).¹³

Um extraído da raiz do *panax notoginseng* chamado Damarane triterpene (DTE), possui atividade de melhorar a captação de glicose por aumento da fosforilação da via AKT no músculo esquelético, sendo assim melhorando tanto a sensibilidade a insulina como no controle da hiperglicemia.¹⁴

Cabe salientar que, na literatura, não há evidências de que o ginseng é capaz de exercer efeitos deletérios à saúde dos indivíduos, bem como efeitos adversos e/ou colaterais quando utilizado na dose recomendada (400 mg), em mulheres com menstruação irregular utilizando 300mg de ginseng vermelho coreano não apresentaram nenhum efeito adverso.¹⁵⁻¹⁶

Estudos apontam que os principais efeitos do *Panax ginseng* são o aumento do sistema imunitário, a atividade antibacteriana, a ação antitumoral, anticarcinogênica, antiinflamatória, antioxidante, hipotensora, hipoglicêmica e neuroprotetora, além de efeitos benéficos nas condições de fadiga e disfunção erétil, sendo que, nos últimos anos, as investigações sobre o ginseng na prevenção e no tratamento da obesidade têm se destacado como objeto de estudo.^{1,9} Porém, na literatura, há escassez de estudos conduzidos em humanos e, principalmente, em indivíduos obesos sobre os reais efeitos da suplementação dietética de *Panax ginseng*. Logo, serão descritos os estudos que podem auxiliar os indivíduos com excesso de peso e/ou obesidade por meio da modulação de comorbidades associadas à essa enfermidade.

Em um ensaio clínico randomizado, duplo cego e placebo controlado conduzido por Xu et al¹⁷ em 177 pacientes com sobrepeso e doenças renal crônica, separados em dois grupos: 91 indivíduos receberam 500mg de Ginsenosideo Rb-1 por 6 meses e 86 indivíduos receberam amido de milho em capsulas como Placebo durante 6 meses, constatou-se efeito positivo na função renal por meio da redução de albuminúria (Quadro 1).

Jung et al, com o objetivo de avaliar os efeitos do ginseng vermelho em homens com síndrome metabólica, conduziram um ensaio clínico em que foram avaliados a função mitocondrial e o perfil hormonal.¹⁸ Foram recrutados 72 homens com sobrepeso, idade entre 35 a 70 anos, separados em grupo experimental, n=36 (suplementado com 3g de ginseng vermelho por 4 semanas) e grupo placebo, n=36 (receberam capsulas com flavorizante de ginseng). Observou-se efeitos favoráveis nos hormônios anabólicos e no eixo hipotálamo pituitária adrenal, além de melhora da função mitocondrial nos homens tratados com ginseng.

Um estudo randomizado duplo cego placebo controlado conduzido por Mucalo et al.¹⁹ recrutou 64 pacientes obesos, diabéticos e hipertensos, separados em 2 grupos, recebendo 3g de ginseng americano (*Panax*

quinquefolius L) e outro grupo recebendo placebo por 12 semanas. Foi demonstrado que a utilização do ginseng americano como tratamento adjuvante a hipertensão e diabetes melhorou a rigidez arterial e atenuou a pressão arterial sistólica.

Quadro 1. Estudos conduzidos em humanos sobre os efeitos do ginseng nas diversas situações clínicas, 2018.

Classe de ginseng	Método	Posologia	Grupo estudado	Resultado	Referência
<i>Panax notoginse ng</i>	Estudo randomizado, duplo cego e placebo controlado.	500 mg durante 24 semanas.	60 indivíduos com doença renal crônica, com sobrepeso, idade de 18 a 90 anos.	Redução da perda urinária de albumina, redução do estresse oxidativo.	XU et al. (2016) ¹⁷ .
<i>Ginseng vermelho coreano</i>	Estudo randomizado do duplo cego placebo controlado.	3g de ginseng vermelho durante 4 semanas.	72 homens com síndrome metabólica e com sobrepeso, idade média de 35 a 70 anos.	Aumento dos hormônios anabólicos e melhora da função mitocondrial.	JUNG et al. (2016) ¹⁸ .
<i>Panax quinquefolius</i>	Estudo randomizado do duplo cego placebo controlado.	3g de <i>Panax quinquefolius</i> , juntamente com anti-hipertensivo.	64 indivíduos acima de 40 anos obesos com hipertensão e diabetes.	Houve redução da pressão arterial e melhora da rigidez arterial.	MUCALO et al. (2013) ¹⁹ .
<i>Ginseng vermelho coreano</i>	Estudo randomizado do duplo cego placebo controlado.	500mg por 12 semanas de ginseng vermelho coreano.	68 indivíduos com sobrepeso e obesidade com idade de 20 a 60 anos.	Não houve nenhuma alteração nos parâmetros avaliados	CHO et al. (2013) ²⁰ .
<i>Ginseng vermelho coreano</i>	Estudo randomizado do duplo cego placebo controlado.	3g de ginseng vermelho coreano e 450mg de <i>Silybum Marianum</i> por 5 semanas.	66 indivíduos com média de idade 47 anos e com sobrepeso.	O ginseng vermelho coreano reduziu TNF- α e aumento a adiponectina.	HONG et al. (2016) ²¹

Outro estudo randomizado duplo-cego placebo controlado, conduzido por Cho et al.²⁰ analisou a suplementação de ginseng vermelho coreano na melhora da sensibilidade a insulina em adultos com sobrepeso e obesos. No total foram 68 indivíduos, divididos em 2 grupos, o grupo de intervenção recebeu 500mg por capsula de ginseng coreano e foram administrados 4 cápsulas antes do café da manhã, almoço e janta por 12 semanas, o grupo controle foi administrado placebo da mesma maneira. O resultado do estudo foi que não houve alteração nenhuma nos indicadores bioquímicos de sensibilidade a insulina, nem na composição corporal

Outro estudo utilizando o ginseng vermelho coreano, randomizou 2 grupos, 35 indivíduos receberam 3g de ginseng vermelho coreano, juntamente

com 450mg *Silybum marianum* por 5 semanas e 31 indivíduos receberam capsulas idênticas no formato e tamanho do grupo controle, ambos possuíam sobrepeso e esteatose hepática não alcoólica. O resultado foi que houve redução dos níveis de TNF- α séricos e aumento da adiponectina, caracterizando como uma formula anti-inflamatória.²¹

CONCLUSÃO

Os estudos apontam que o *Panax ginseng* possui um futuro promissor em determinados mecanismos de doenças, como redução do estresse oxidativo e da inflamação, entretanto, em nenhum estudo foi demonstrado melhora do perfil antropométrico dos indivíduos com sobrepeso e ou obesidade. Entretanto, mais estudos precisam ser conduzidos não só para comprovar a eficácia do ginseng, mas para estabelecer uma dose padrão aliada ao tempo de intervenção e nas diversas condições clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Park HJ, Choe S, Park NC. Effects of Korean red ginseng on semen parameters in male infertility patients: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical study. *Chinese J Integrative Medicine*. 2016; 22(7):490-5.
2. Araujo MY, Sarti FM, Fernandes RA, Monteiro HL, Turi BC, Anokye N, et al. Association between costs related to productivity loss and modified risk factors among users of the brazilian national health system. *J Occupational and Environmental Medicine*. 2017; 59(3):313-9.
3. World Health Organization (WHO). Geneva. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> . Acesso em: 28 dez 2016.
4. Jiao L, Li B, Wang M, Liu Z, Zhang X, Liu S. Antioxidant activities of the oligosaccharides from the roots, flowers and leaves of *Panax ginseng* CA Meyer. *Carbohydrate Polymers*. 2014; 106:293-8.
5. Lee CH, kim JH. A review on the medicinal potentials of ginseng and ginsenosides on cardiovascular diseases. *J Ginseng Research*. 2014; 38(3):161-6.
6. Shin HJ, Kim YS, Kwak YS, Song YB, Kim YS, Park JD. Enhancement of antitumor effects of paclitaxel (taxol) in combination with red ginseng acidic polysaccharide (RGAP). *Planta Medica*. 2004; 70(11):1033-8.
7. Sünram-Lea SI, Birchall R, Wesnes KA, Petrini O. The effect of acute administration of 400 mg of *Panax ginseng* on cognitive performance and mood in healthy young volunteers. *Current Topics in Nutraceutical Research*. 2005; 3(1):65-74.
8. Perazzo F, Souza GHB, Fonseca FLA, Carvalho JCT. Double-blind clinical study of a multivitamin and polymineral complex associated with *Panax ginseng* extract. *The Open Complementary Medicine*. 2010; (2):100-4.
9. Zhang G, et al. Ginsenoside Rd is efficacious against acute ischemic stroke by suppressing microglial proteasome-mediated inflammation. *Molecular Neurobiology*. 2016; 53(4):2529-40.
10. Ferreira FV, Paula LB. Sulfadiazina de prata versus medicamentos fitoterápicos: estudo comparativo dos efeitos no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. 2013; 12(3):132-9.
11. Patel S, Rauf A. Adaptogenic herb ginseng (*Panax*) as medical food: Status quo and future prospects. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2017; (85):120-7.
12. Chen G, Li H, Zhao Y, Zhu H, Cai E, Gao Y, et al. Saponins from stems and leaves of *Panax ginseng* prevent obesity via regulating thermogenesis,

lipogenesis and lipolysis in high-fat diet-induced obese C57BL/6 mice. *Food and Chemical Toxicology* . 2017; 106(A):393-403.

13. Ding RB, et al. Protective effect of panax notoginseng saponins on acute ethanol-induced liver injury is associated with ameliorating hepatic lipid accumulation and reducing ethanol-mediated oxidative stress. *J Agricultural and Food Chemistry*. 2015; 63(9):2413-22.

14. Kumiko, et al. Dammarane-type triterpene extracts of Panax notoginseng root ameliorates hyperglycemia and insulin sensitivity by enhancing glucose uptake in skeletal muscle. *Bioscience, Biotechnology, and Biochemistry*. 2017; 81(2):335-42.

15. Yennurajalingam S, et al. High-dose Asian ginseng (*Panax ginseng*) for cancer-related fatigue: a preliminary report. *Integrative Cancer Therapies*. 2015; 14(5):419-27.

16. Yang M, et al. Effects of Korean red ginseng (*Panax Ginseng* Meyer) on bisphenol A exposure and gynecologic complaints: single blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. *Complementary and Alternative Medicine*. 2014; 14(1): 265.

17. Xu X, et al. Impact of extended ginsenoside Rb1 on early chronic kidney disease: a randomized, placebo-controlled study. *Inflammopharmacology*. 2017; 25(1): 33-40.

18. Jung, et al. Effects of ginseng on peripheral blood mitochondrial DNA copy number and hormones in men with metabolic syndrome: A randomized clinical and pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*. 2016;(24):40-6.

19. Mucalo, et al. Effect of American ginseng (*Panax quinquefolius* L.) on arterial stiffness in subjects with type-2 diabetes and concomitant hypertension. *J Ethnopharmacology*. 2013; 150(1):148-53.

20. Cho, et al. Effect of Korean red ginseng on insulin sensitivity in non-diabetic healthy overweight and obese adults. *Asia Pacific J Clinical Nutrition*. 2013; 22(3): 365-71.

21. Hong, et al. Anti-inflammatory and antifatigue effect of Korean Red Ginseng in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *J Ginseng Research*. 2016; 40(3): 203-10.