

ANAIS
SENPEX 2017



VIII SENPEX

A produção do conhecimento e o fortalecimento
do elo entre ensino, pesquisa e extensão

Orleans, 28 e 29 de setembro de 2017



ANAIS

VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão do UNIBAVE - SENPEX
III Feira de Tecnologia e Inovação

*“A produção do conhecimento e o fortalecimento do elo entre ensino,
pesquisa e extensão”*

Orleans, Santa Catarina - 28 e 29 de setembro de 2017

Ana Paula Bazo
Dimas Ailton Rocha
(Organizadores)

ISBN: 978-85-67456-20-1

ANAIS

VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão do UNIBAVE - SENPEX
III Feira de Tecnologia e Inovação
A produção do conhecimento e o fortalecimento do elo entre ensino, pesquisa e
extensão
Orleans – Santa Catarina – 28 e 29 de setembro de 2017.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do UNIBAVE

S471

Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão - SENPEX / Feira
de Tecnologia de Inovação: a produção
do conhecimento e o fortalecimento do elo entre ensino, pesquisa
e extensão (8 : 2017: Orleans, SC).

Anais - VIII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão -
SENPEX, 28 e 29 de setembro em Orleans, SC / Organizadores: Ana Paula
Bazo; Dimas Ailton Rocha.

Modo de acesso: periodicos.unibave.net

ISBN: 978-85-67456-20-1

Evento realizado pelo Centro Universitário Barriga Verde –
UNIBAVE e
organizado pelas Pró-Reitorias de Ensino de Graduação e de Pós
Graduação,
Pesquisa e Extensão.

1. Pesquisa. 2. Ensino. 3. Extensão. I. Bazo, Ana Paula. org.
II. Rocha,
Dimas Ailton. org. III. Título.

CDD: 370.7

COMITÊ CIENTÍFICO

Adalberto Alves de Castro
Ana Paula Bazo
André Freccia
Anilce de Araújo Bretas
Cláudio Sérgio da Costa
Fernanda Zanette
Glaucea Warmeling Duarte
Greice Lessa
Guilherme Doneda Zanini
Guilherme Valente de Souza
Ismael Dagostin Gomes
Jádina De Nez
João Fabricio Guimara Somariva
Joélia Walter Sizenando Balthazar
Josué Alberton
Julio Preve Machado
Laura Lennon Vieira
Lívia Gonçalves da Silva Valente
Luiza Liene Bressan da Costa
Mauro Maciel Arruda
Miryam Cruz Debiasi
Murilo Farias Rodrigues
Ricardo Miotto Ternus
Rodrigo Moraes Kruehl
Rose Maria Adami
Rovânio Bussolo
Teresinha Baldo Volpato
Thais de Almeida Knopf
Vanessa Isabel Cataneo
Willian Casagrande Candioto

APRESENTAÇÃO

O Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão do UNIBAVE acontece desde 2009, sendo realizado, anualmente, de forma ininterrupta. A cada ano o evento aprimora suas atividades, o que contribui para a participação da comunidade acadêmica e para o aumento das apresentações e publicações dos trabalhos científicos nos Anais do evento.

Nesse ano de 2017, a oitava edição do evento teve como temática: "A produção do conhecimento e o fortalecimento do elo entre ensino, pesquisa e extensão", que partiu do princípio de que este tripé, segundo a legislação, constitui o eixo fundamental da Universidade brasileira e não pode ser compartimentado. Acrescenta-se que essa indissociabilidade deve ser o princípio norteador da qualidade da produção universitária.

Neste contexto, a programação do VIII SENPEX contou com 35 oficinas temáticas (dia 28/09/2017) e com apresentação de 148 trabalhos acadêmicos, nos formatos oral e de pôster (29/09/2017). Concomitantemente ao Seminário, aconteceu a III Feira de Tecnologia e Inovação, que proporcionou uma troca de ideias, negócios e trabalhos nesta área, possibilitando um diálogo entre a academia e empresas da região.

SUMÁRIO**Área temática:
Estudos e Experiências em Saúde**

ADESÃO À IMUNIZAÇÃO CONTRA O HPV ENTRE MENINAS DE 9 A 13 ANOS DE UMA ESCOLA MUNICIPAL DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Simara Medeiros Martins, Karla Pickler Cunha, Ana Paula Bazo</i>)	964
AGROTÓXICOS E A SAÚDE DO PRODUTOR RURAL: UM ESTUDO DE REVISÃO (<i>Ivam Citadin Luciano, Herick Beckauser, Cláudio Sérgio da Costa, Janaina Veronezi Alberton, Adalberto Alves de Castro</i>)	976
ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL - ONG: UM APRENDIZADO POR MEIO DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA (<i>Fabiola Araujo, Gabriela Aguiar</i>)	989
APLICAÇÃO DE RADIOFÁRMACOS PARA DIAGNÓSTICO E SEUS AVANÇOS NA MEDICINA NUCLEAR (<i>Amanda Cardoso Schneider, Dyana Carara De Souza, Francieli Albino Rosa, Monique Gonçalves da Silva, Luciano Giassi</i>)	1002
ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Danieli Santos Moises, Andressa Américo Valvassori, Greice Lessa, Karla Pickler Cunha, Lucas Correa Preis</i>)	1015
AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM UMA FARMÁCIA DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Denise Kuhnen Baggio; Alexandre Piccinini; Luiz Fábio Bianco; Fabrício Eládio Felisbino; Fernando Mateus Scremin</i>)	1029
CAUSAS DE ABSENTEÍSMO EM SERVIDORES PÚBLICOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Lenise de Souza Geremias, Sirli Resin, Greice Lessa, Karla Pickler Cunha, Edina Furlan Rampineli</i>)	1043
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA FORMA FARMACÊUTICA PARA FACILITAR A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS A CÃES (<i>Fernando Mateus Scremin; Andresa Corneo Gazola; Luiz Fábio Bianco; Fabrício Eládio Felisbino; Heloisa Caetano Michels</i>)	1058
DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA HOSPITALAR DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Jaqueline Nazário, Ana Paula Bazo, Fabrício Eládio Felisbino, Alexandre Piccinini, Cleonice Maria Michelin</i>)	1068
ENVELHECIMENTO E SEXUALIDADE: PARADIGMAS E CONTEMPORANEIDADE (<i>Daniela Pizoni, Fernanda Freitas Camilo, Adalberto Alves de Castro, Maria Fernanda Jorge de Assis, Alexandra Cardoso Sombrio</i>)	1076
ESTILOS DE LIDERANÇA USADOS NA GESTÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR: ANÁLISE INTEGRATIVA (<i>Débora Batista Rodrigues, Lucas Corrêa Preis</i>)	1087
IMPACTOS PSICOLÓGICOS GERADOS PELA VIVÊNCIA DA MORTE MATERNA (<i>Camila da Silva, Lorena Paratella</i>)	1099

IMPORTÂNCIA DO EXAME GENÉTICO NO DIAGNÓSTICO DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE (<i>Ana Paula Nazário, Candice Steckert da Silva, Cleonice Maria Michelin, Fernando Mateus Scremim, Fabrício Eládio Felisbino</i>)	1114
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES COM A DOENÇA DE PARKINSON: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Alexandre João Martins Neto, Kethelyn Francelino, Ivam Citadin Luciano, Eduardo Zanatta, Adalberto Alves de Castro</i>)	1128
MÃES DE FILHOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: SENTIMENTOS E INTERFERÊNCIAS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR (<i>Pollyana Feldhaus Schlickmann, Jaquecele da Cruz Silva</i>)	1139
MULHERES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO CAPS: OBSERVAÇÃO E INTERVENÇÕES (<i>Jessica Matos Batista, Rodrigo Moraes KrueI, Thayse Cardoso Rita</i>)	1153
O IMPACTO DA IMUNONUTRIÇÃO EM CASOS CIRÚRGICOS DE CÂNCERES DO TRATO GASTROINTESTINAL EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL (<i>André Luciano Manoel, Morgana Pra, Mayra da Rosa Martins Walczewski, Eduardo André Bracci Walczewski, Daisson José Trevisol</i>)	1166
O PRESENTE DE QUEM VIVEU O PASSADO: RECONHECENDO HISTÓRIAS NO CRAS (<i>Lucas Silva, Priscilla Sampaio, Luciano Corrêa, Lorena Paratella</i>)	1176
OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA MULHERES COM DOR E/OU REDUÇÃO DA FERTILIDADE ASSOCIADAS À ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO DA LITERATURA (<i>Thaise Ribeiro Cardoso, Fabrício Eládio Felisbino, Cláudio Sérgio da Costa, Ana Paula Bazo</i>)	1189
OS IMPACTOS FISIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS EM PESSOAS IDOSAS (<i>Natalia Buss Turazzi, Rodrigo Moraes KrueI, Claudio Sergio da Costa, Lorena Paratella</i>)	1204
PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE OSTOMIA INTESTINAL E SUA PERCEPÇÃO REFERENTE ÀS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO (<i>Déborah Freitas Boeing, Ranússia Adelia Talamini Garcia, Kelli Pazeto Della Giustina, Andressa Américo Valvassori</i>)	1216
PROJETO DE EXTENSÃO VOVÔLEI: PERCEPÇÃO A PARTIR DO ACADÊMICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA (<i>Edilvane Moreira, Viviane Ribas Campo, Rodrigo Moraes KrueI, José Augusto Alves Júnior</i>)	1231
PROJETO MEU LUGAR NO MUNDO: ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO À POPULAÇÃO DE RUA DE BRAÇO DO NORTE/SC (<i>Thuane Oenning Kuntz, Natanael de Medeiros, Rodrigo Díaz de Vivar y Soler</i>)	1245
PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA NO CRAS. PROJETO ENVOLVER: UNINDO PARA FORTALECER (<i>Agnes Campos Cascaes, Vitor Nascimento, Anderson Fernandes, Rodrigo Moraes KrueI</i>)	1254
QUALIDADE DO SONO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO PERÍODO NOTURNO (<i>Gerusa da Silva Amancio, Sirli Resin, Kelli Pazeto Della Giustina</i>)	1266
RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM ACOMPANHANTE/FAMILIAR DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DO SUL DE	

SANTA CATARINA (<i>Marcela Rohden, Ranusia Adelia Talamini Garcia, Rodrigo Krueel, Lilian Fabiani Bastos, Kelli Pazeto Della Giustina</i>)	1280
TEORIA DE PAPÉIS - UMA ATRIZ, VÁRIOS PAPÉIS: AS MÚLTIPLAS FACES DA MULHER CONTEMPORÂNEA (<i>Aline Schafranski Kemper, Mariana Rosa da Cruz, Rodrigo Moraes Krueel</i>)	1295
UM OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA: VISLUMBRAR VIVÊNCIAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS (<i>Aline Schafranski Kemper, Mariana Rosa da Cruz, Rodrigo Moraes Krueel</i>)	1309
UM OLHAR DIFERENCIADO: FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CRAS DE GRAVATAL (<i>Bruna Thaynan de Oliveira, Jozilaine Zomer Loch; Leticia Rodrigues Zanete</i>)	1321

**ÁREA TEMÁTICA:
ESTUDOS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE**

ADESÃO À IMUNIZAÇÃO CONTRA O HPV ENTRE MENINAS DE 9 A 13 ANOS DE UMA ESCOLA MUNICIPAL DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

Simara Medeiros Martins¹; Karla Pickler Cunha²; Ana Paula Bazo³

¹Acadêmica egressa do Curso de Enfermagem do UNIBAVE. E-mail: simara-@hotmail.com

²Coordenadora e Docente do Curso de Enfermagem do UNIBAVE. E-mail:
enfermagem@unibave.net

³Docente do UNIBAVE. E-mail: apbazo@gmail.com

Resumo: Com a finalidade de prevenir a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), no Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 2014, implantou a vacina profilática contra este vírus. Neste contexto, o objetivo geral da pesquisa foi conhecer a adesão à vacinação contra o HPV entre meninas de 9 a 13 anos de idade de uma escola municipal, a partir das informações dadas por seus pais/responsáveis. Para que os objetivos fossem atendidos foi desenvolvida uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa e os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário. Participaram da pesquisa 78 pais e/ou responsáveis e dentre esses, 65 (83,3%) disseram que a adolescente tinha recebido a vacina. Constatou-se também, que 47 participantes (60,2%) sabiam que o HPV causava o câncer do colo do útero e que o principal motivo pelo qual acreditam que a vacina é importante é porque ela previne doenças.

Palavras-chave: HPV. Vacina. Adesão.

Introdução:

O papilomavírus humano (HPV) são vírus não envelopados com DNA de fita dupla circular e núcleo capsídeo icosaédrico, tendo sido descritos 40 diferentes genótipos de HPV. Alguns deles causam tumores benignos de células escamosas, por exemplo, verrugas na pele, outros tipos, especialmente o 16 e 18, causam carcinoma do cérvix uterino e do pênis. Dois genes, E6 e E7, estão implicados no processo de carcinogênese (LEVINSON, 2010; ZARDO et al., 2014).

A transmissão do HPV acontece principalmente entre o contato genital, destacando-se como uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais comuns no mundo, outra forma frequente de contágio é o toque entre peles que proporciona o surgimento de verrugas cutâneas e a transmissão durante o parto, de uma mãe infectada, causando verrugas na região da boca e no trato respiratório da criança (LEVINSON, 2010).

Segundo Zardo et al. (2014, p. 3800): “De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada dez pessoas estão infectadas pelo HPV sendo detectados 500 mil novos casos de câncer cervical por ano”. A fim de reduzir esses índices, no Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 2014, implantou no calendário vacinal a vacina profilática contra o HPV, inicialmente para meninas de 11 a 13 anos, ampliando, em 2016, para a faixa etária de 9 a 13 anos (BRASIL, 2015).

Hoje em dia existem no mercado dois tipos de vacina, a bivalente que proporciona imunidade contra dois tipos virais, 16 e 18, e a quadrivalente, que confere proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18. No entanto, é preciso ressaltar que aproximadamente 30% dos tipos virais potencialmente carcinogênicos ainda não estão cobertos pelas vacinas atualmente disponíveis (ARAUJO et al., 2013).

A vacinação contra o HPV é importante, pois com a promoção de medidas profiláticas será possível a prevenção das infecções causadas pelo HPV e das doenças decorrentes, como o câncer, evitando assim, altos custos com tratamentos e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, como no Brasil o esquema de imunização contra o HPV é ainda recente e dada a importância da prevenção contra o HPV, é interessante que se façam estudos de adesão à vacinação, a fim de se conhecer o panorama e se necessário, intensificar as campanhas vacinais.

A partir do contexto apresentado anteriormente a pesquisa foi delineada para responder a seguinte questão: Como está a adesão à vacinação contra o vírus HPV entre meninas de 9 a 13 anos de idade de uma escola municipal de um município do sul de Santa Catarina?

A fim de responder à questão de estudo foi elaborado o objetivo geral da pesquisa, que é conhecer a adesão à vacinação contra o vírus HPV entre meninas de 9 a 13 anos de idade de uma escola municipal de um município do sul de Santa Catarina, a partir das informações dadas por seus pais/responsáveis.

Para que o objetivo geral fosse atingido foram criados os objetivos específicos: descrever o perfil dos pais/responsáveis (idade, escolaridade, estado civil); apontar os índices de adesão e conhecimento da vacinação contra o HPV e apontar os índices de conhecimento sobre as doenças causadas pelo HPV.

Procedimentos Metodológicos

Para execução do estudo foi delineada uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa, realizada em uma escola municipal de ensino fundamental, localizada na área urbana de uma cidade de pequeno porte, no sul de Santa Catarina. A mesma possui 558 alunos, totalizando 25 turmas, tanto do período matutino, quanto do período vespertino. O número de alunas que estão dentro da faixa etária do estudo (9 – 13 anos) é de 131 meninas.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário de perguntas abertas e fechadas, contemplando três dimensões: perfil dos pais/responsáveis (idade, sexo, escolaridade, estado civil); índices de adesão e conhecimento da vacinação contra o HPV e índices de conhecimento sobre as doenças causadas pelo HPV.

A aplicação do questionário se deu da seguinte forma: nos dias 25 e 26 do mês de agosto de 2016, a acadêmica pesquisadora reuniu-se com as alunas para explicar a pesquisa. Nesses encontros foi relatada a importância da vacina contra o HPV e as maiores consequências da doença que o vírus pode causar. Essa conversa foi importante para que as alunas percebessem a importância do estudo e solicitassem aos seus responsáveis que respondessem ao questionário. No dia 25, no período matutino estavam presentes 52 alunas e no dia 26, no período vespertino, 65, totalizando 117 meninas.

Para cada uma das meninas presentes, foram entregues um questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que levassem a seus pais/responsáveis. No dia 30 de agosto de 2016, a pesquisadora foi buscar os questionários, totalizando 78 devoluções.

Ressalta-se que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE sob. Parecer nº. 1.676.974 Todos os participantes receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações acerca das técnicas de pesquisa e o uso das informações obtidas.

Resultados e Discussão

Responderam o questionário 78 pessoas, dentre elas 70 (89,7%) eram do sexo feminino e a média de idade de todos os participantes foi de 36,2 anos. O grau de parentesco predominante, com a estudante, foi a mãe com 67 (85,8%). Quanto à escolaridade 24 (32%) tinham completado o ensino médio. Salienta-se que o estado civil prevalente foi o casado com 39 (50%) (Tabela 1).

Assim como no presente estudo, na pesquisa de Almeida et al. (2014), dos 23 participantes da pesquisa, 21 eram do sexo feminino (91%) e 12 (52%) eram casados. Como já observado, predominou-se o ensino médio completo, enfatizando-se que quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo, maior é o seu esclarecimento e entendimento em relação ao surgimento de novas medidas de prevenção na área da saúde, onde podemos comparar com o estudo do Barbieri (2014), pois todos os participantes apresentavam ensino superior completo, mostrando um alto índice de adesão à vacinação.

Tabela 1–Perfil dos entrevistados

Variáveis/Categorias	Valores
Idade (anos) *	36,2
Sexo**	
Feminino	70(89,7%)
Masculino	8(10,2%)
Grau de Parentesco**	
Mãe	67 (85,8%)
Pai	8(10,2%)
Avó/Avô	1(1,2%)
Irmã/Irmão	1 (1,2%)
Conhecida	1 (1,2%)
Escolaridade**	
Ensino fundamental incompleto	18(24%)
Ensino fundamental completo	10(13,3%)
Ensino médio incompleto	14 (18,6%)
Ensino médio completo	24 (32%)
Ensino Superior incompleto	3 (4%)
Ensino Superior completo	6 (8%)
Estado Civil **	
Solteiro	12 (15,3%)
Casado	39 (50%)
União estável	21 (26,9%)
Divorciado	5 (6,4%)
Viúvo	1 (1,2%)

* valores = média das respostas

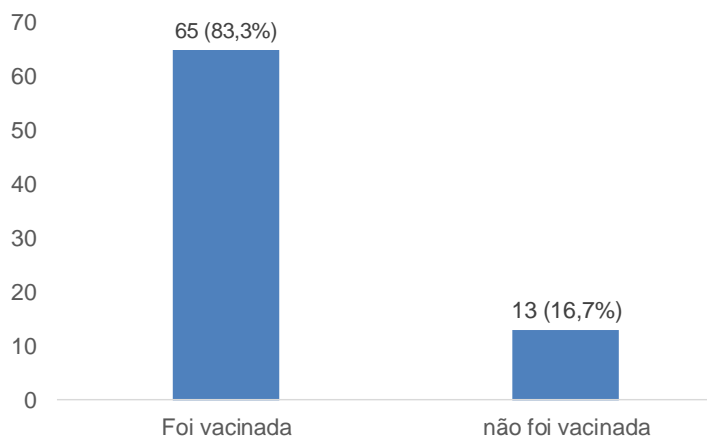
** valores em número (porcentagem)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Com relação à adesão à vacina contra o HPV, 65 participantes (83,3%) disseram que a menina havia sido vacinada, desse total, 64 (98,5%) foram vacinadas na rede pública (Gráfico 1). No caso da não vacinação, foi apontada como principal causa a idade das filhas ser inferior a 9 anos, e os outros motivos relatados para a

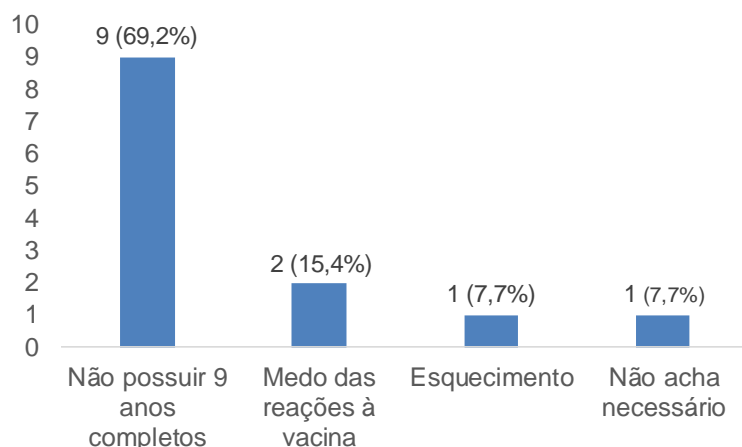
não adesão à vacina foram medo das reações, esquecimento e não acharem necessário (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Número de meninas vacinadas e não vacinadas contra o HPV



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Gráfico 2 - Causas para a não vacinação



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Como mostrado no gráfico 1, pode-se observar uma alta adesão à vacinação, o que também foi ressaltado em uma pesquisa realizada em um município de Goiás, onde houve 108,19% de aderência à primeira dose da vacinação no período da campanha realizada pelo Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; GELATTI, 2015).

No que se refere às causas da não adesão (Gráfico 2), foi apontado o medo às reações adversas. Outras pesquisas apontam que uma das principais causas de não adesão à vacina contra o HPV é a preocupação de estar expondo a menina à vida

sexual precocemente, o que não foi relatado pelos participantes do presente estudo (ALMEIDA et al., 2014; INTERAMINENSE, 2016a).

Quando questionados acerca da idade que a adolescente havia recebido a primeira dose, a maioria, 54 (83%), respondeu 9 anos. Questionou-se também o número de doses que a menina havia recebido, e as respostas apontaram que 35 (53,8%) já haviam recebido a 2ª dose (Tabela 2). Das que ainda não tinham recebido a segunda dose, 27 (90%) relataram que o principal motivo foi que não havia completado o intervalo recomendado entre a 1ª e a 2ª dose e 3 (10%) dos participantes em que a adolescente não tinha tomado a 2ª dose não responderam à questão.

Tabela 2 - Dados a respeito da vacinação das meninas pesquisadas

Variáveis/Categorias	Valores
Idade da 1ª dose	
9 anos	54 (83,0%)
10 anos	10 (15,3%)
11 anos	1 (1,5%)
Número de doses recebidas	
1ª dose	30 (46,1%)
2ª dose	35 (53,8%)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O principal motivo para que a primeira dose da vacina contra o HPV aconteça aos 9 anos, é pelo fato de que para maioria das meninas nessa idade ainda não foi exposta aos vírus que constituem a vacina (ARAÚJO et al., 2013), além disso, nesta idade adquire-se uma boa resposta imunológica (ALMEIDA et al., 2014).

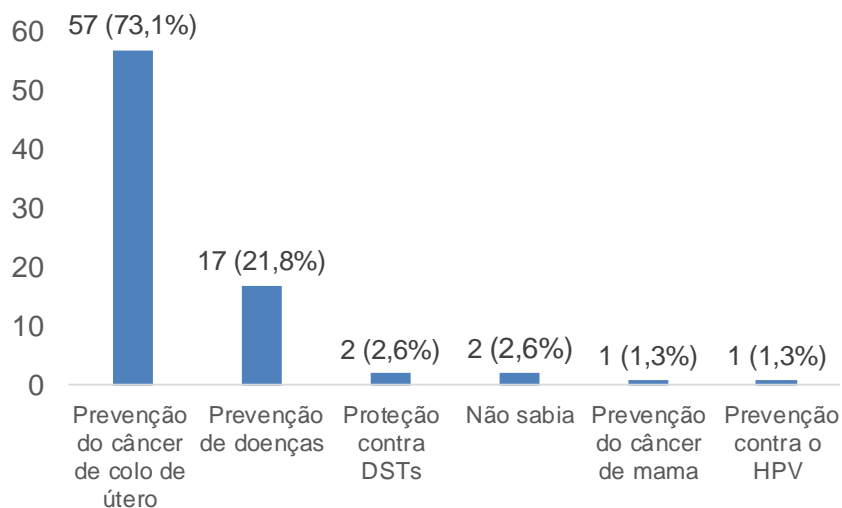
A adesão à 2ª dose, na presente pesquisa, também se mostrou satisfatória. No estudo de Oliveira e Gelatti (2015), realizado em Goiás foi observado que para o reforço da imunização, administrada seis meses após a primeira dose, de um total de 1.058 jovens vacinadas inicialmente, apenas 257 (26,36%) retornaram.

Em relação ao conhecimento da função da vacina contra o HPV, grande parte dos participantes 57 (73%) responderam que a vacina serve para prevenção do câncer de colo de útero (Gráfico 3), dado também observado no estudo de Almeida et al., (2014), em que 87% dos participantes deram a mesma resposta. Em outra pesquisa realizada por Interaminense (2016a) foi constatado que os participantes sabem que o HPV causa o câncer do colo do útero e que as meninas estão vulneráveis

a este vírus, mas acreditam que a vacina também protege contra outras doenças, dado também observado no presente estudo.

Ressalta-se que a expectativa é que com a vacinação, possa-se impedir até 70% dos casos de câncer de colo do útero (ALVARENGA et al., 2016). Entre as respostas, um participante mencionou o câncer de mama como uma doença que pode ser prevenida com a vacina, mas os principais fatores para o desenvolvimento do câncer de mama não incluem os vírus ou estão em baixa proporção. “A presença de HPV em tumores de mama malignos tem sido controversa” (AOKI et al., 2009). O câncer de mama possui diversos fatores, os principais são os hereditários, ambientais, e 90% são provocados por condições hormonais (BREYER, 2016).

Gráfico 3 – Conhecimento com relação à função da vacina



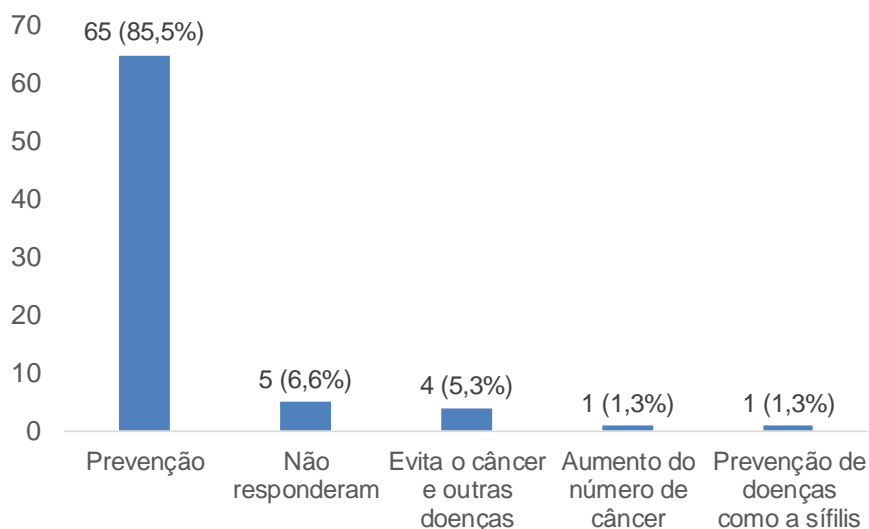
Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quando os participantes da pesquisa foram questionados se achavam importante a vacina contra o HPV, 76 (97,4%) responderam que sim. O principal motivo pelo qual acreditam que a vacina é importante para a saúde das adolescentes é a prevenção contra doenças (Gráfico 4).

Dentre os dois participantes que relataram não considerar a vacina importante para a saúde da jovem, um deles apontou que não há garantia da eficácia da vacina e o outro respondeu que já havia dado explicações à filha sobre sexualidade. No entanto, estudos mostram que a vacina quadrivalente contra o HPV não possui risco de reações adversas graves, sendo uma vacina segura e eficaz (QUINTÃO et al., 2014). Relata-se que a eficácia dessa vacina pode chegar aos 90% (ARAÚJO, et al.,

2013). Como já discutido anteriormente, muitos pais não aderem à vacinação por receio de incentivo ao início precoce da vida sexual das meninas (ALMEIDA et al., 2014; INTERAMINENSE, 2016a).

Gráfico 4 – Razões pelas quais os participantes da pesquisa consideram a vacina contra o HPV importante



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

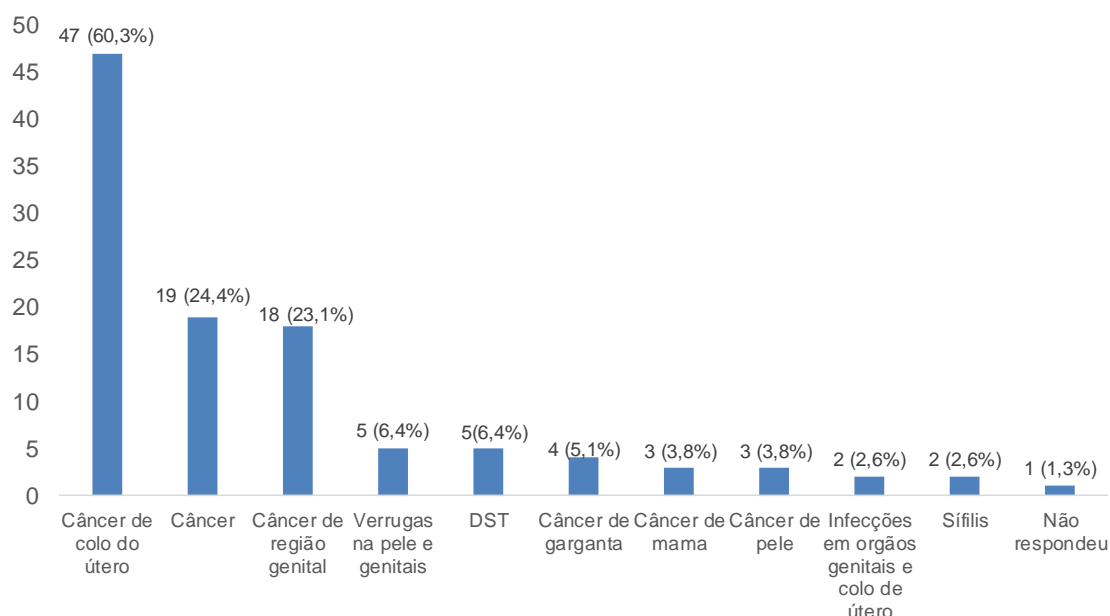
É importante destacar que a conversa sobre sexualidade e IST é um dos principais meios para que se possa evitar o início da vida sexual precoce e a aquisição de doenças (ROITMAN, 2015) e que a vacinação é um excelente método para diminuir os índices de infecções por HPV, associando ao uso de preservativos nas relações sexuais e acompanhamento por exame citopatológico, resultará em menores taxas de morbimortalidade por esta IST (ALVARENGA et al., 2016).

Ao serem questionados a respeito do conhecimento das doenças que o HPV causa, 47 (60,2%) responderam que causa o câncer do colo do útero (Gráfico 5), dado semelhante também verificado no estudo de Almeida et al. (2014), em que 84% dos participantes responderam que o HPV é a principal causa do câncer do colo do útero.

Além do câncer cervical, o papiloma vírus pode causar também, embora em menor frequência, o câncer de vulva, o câncer peniano, o câncer anal. Todos eles geralmente causados pelo HPV 16. Como já citado anteriormente, o HPV se adapta a diversas regiões do corpo, causando diferentes lesões, onde pode causar verrugas na pele, mucosas, região oral e laríngea, como pode aparecer verrugas na região

genital, colo do útero e pênis, sendo o grau de carcinogênese determinado pelo tipo do vírus que desenvolve a lesão (LETO et al., 2011). Enfatiza-se que as informações dadas pelos participantes estão corretas com relação ao conhecimento das doenças que o HPV causa.

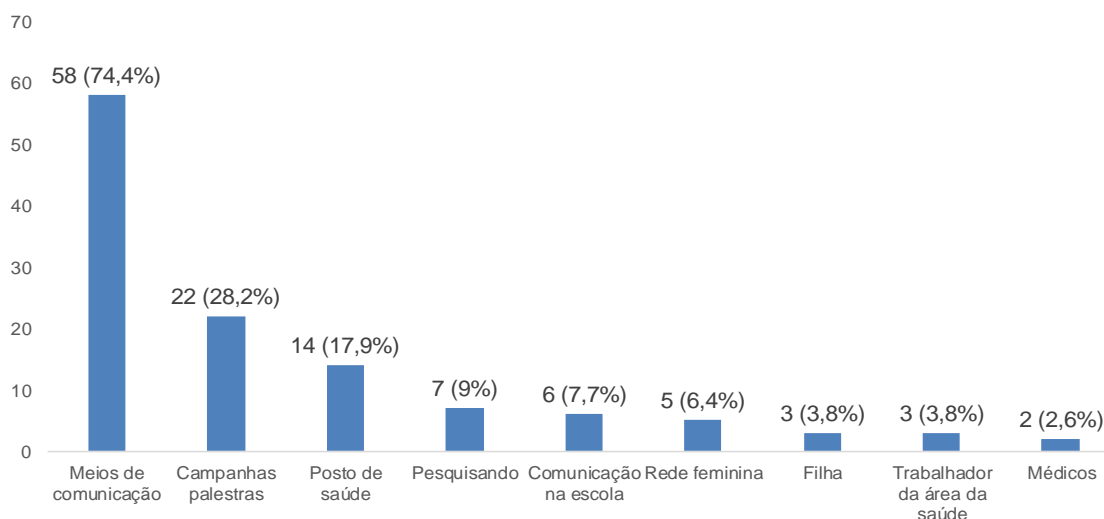
Gráfico 5 – Conhecimento a respeito das doenças que o HPV causa



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Com relação à forma de aquisição do conhecimento em relação às doenças causadas pelo HPV, 58 (74,3%) obtiveram pelos meios de comunicação, 22 (28,2%) por meio de campanhas e palestras, 14 (17,9%) no posto de saúde e 7 (8,9%) pesquisando (Gráfico 6). Dentre os meios de comunicação o mais citado foi a internet com 26 (33,3%). Nesse contexto, talvez algumas informações dadas pelos participantes nas questões apresentadas nos gráficos 3 e 5 podem ter sido pesquisadas na internet no momento de responder o questionário. No estudo realizado por Interaminense et al. (2016b) é discutido que cada vez mais a tecnologia está presente no dia-a-dia das pessoas, o que facilita a busca por informações.

Gráfico 6 – Meios pelos quais os participantes adquiriram conhecimento a respeito das doenças que o HPV causa.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Considerações Finais

O HPV é um dos principais causadores do câncer do colo do útero. Com intuito de prevenção criou-se uma vacina com os principais componentes virais responsáveis pelo alto número de câncer mundialmente. Esta vacina possui um público alvo de meninas da faixa etária de 9 a 13 anos, pois nesta idade presume-se que ainda não houve contato com o vírus, que geralmente é transmitido por via sexual. Contudo, apesar dos esforços para a prevenção, ainda existem dúvidas sobre a eficácia e resistência por parte dos pais, em relação às possíveis reações adversas.

Em relação à adesão à vacinação contra o HPV, constatou-se que grande maioria dos participantes, pais/responsáveis, aderiu à vacinação, na rede pública, tanto na primeira, quanto na segunda dose, sendo um número satisfatório de meninas vacinadas. O medo às reações adversas e não achar necessário vacinar, citadas como causas para a não adesão à vacina necessitam ser esclarecidos para esta população, para que haja o conhecimento em relação à função da vacina, mostrando a sua importância na prevenção do câncer do colo do útero e a certeza de que é uma vacina segura e eficaz.

Os participantes tinham conhecimento que a vacina serve para a prevenção do câncer do colo do útero e outras doenças relacionadas, conhecimentos esses que foram adquiridos principalmente através da internet e outros meios de comunicação

como rádio e televisão. Os mesmos sabiam das consequências da infecção pelo HPV, demonstrando que tinham informação até mesmo de doenças menos comuns que o vírus causa.

Sugerem-se novos estudos relacionados ao tema, pois há escassez de material e um assunto relativamente novo podem proporcionar dúvidas em relação à eficiência e eficácia da vacina.

Referências

- ALMEIDA, Fernanda Leite. et al. A vacina contra o vírus hpv para meninas: um incentivo à vida sexual precoce? **Revista Científica Interdisciplinar**. v.1, n.1, jul/set.2014. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/13/8>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- ALVARENGA, Sarah Pereira. et al. Vacina contra o HPV: avaliando as contradições da indicação e posologia atual. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 14, n. 2, p. 395-402, ago./dez. 2016. Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2692/pdf_538> . Acesso em: 05 set. 2016.
- AOKI, Mateus Nobrega. et al. Vírus: uma possível associação em câncer de mama. **Biosaúde**, Londrina, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/ccb/patologia/portal/pages/arquivos/Biosaude%20v%2011%202009/BS_v11_n2_DF_20.pdf> . Acesso em: 20 out. 2016.
- ARAUJO, Silvia Cristina Fonseca de. et al. Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, Sup, p.S32-S44, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29s1/a04.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.
- BARBIERI, Carolina Luísa Alves. **Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP**. 2014.224f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02122014-164155/pt-br.php>> f>. Acesso em: 15 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **SUS oferta vacina contra HPV para meninas de 9 a 11 anos**. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16959-sus-oferta-vacina-contra-hpv-para-meninas-de-9-a-11-anos>>. Acesso em 17 out. 2016.
- BREYER, Juliana Zeni. **Avaliação de potenciais fatores de risco para câncer de mama em uma população da região sul do Brasil. Porto Alegre**. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148119>>. Acesso em: 19 out. 2016.

INTERAMINENSE, Iris Nayara da Conceição Souza. **Construção e validação de vídeo educacional para adesão à vacinação do Papilomavírus humano**. 2016. 176f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2016a. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/17428/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20Iris%20Interaminense.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 set. 2016.

INTERAMINENSE, Iris Nayara da Conceição Souza. et al. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.2, 2016b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-2300015.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

LETO, Maria das Gracas Pereira. et al. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An.Bras Dermatol.**;v.86, n.2, p.306-317, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a14.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

LEVINSON, Warren. **Microbiologia médica e imunologia**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 663.

OLIVEIRA, F.B.; GELATTI, L.C. **Adesão das adolescentes frente à vacinação contra o HPV no município de Uruaçu, Goiás**. 2015. Disponível em: <www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/download/66/106>. Acesso em: 15 out. 2016.

QUINTÃO, Joao Henrique Coelho. et al. Segurança da vacina quadrivalente contra o papilomavírus humano: uma revisão sistemática. **Rev. Med Minas Gerais**, v.24, supl.9, S26-S30, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/TMS/Downloads/v24s9a05.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ROITMAN, Benjamin. HPV: uma nova vacina na rede pública. **Boletim Científico de Pediatria**. v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/150915221127bcped_v4_n1_a2.pdf> Acesso em: 22 set. 2016.

ZARDO, Geisa Picksius. et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.9, p.3799-3808, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3799.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

AGROTÓXICOS E A SAÚDE DO PRODUTOR RURAL: UM ESTUDO DE REVISÃO

Ivan Citadin Luciano¹; Herick Beckauser¹; Cláudio Sérgio da Costa¹; Janaina Veronezi Alberton¹; Adalberto Alves de Castro¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde (NEAS). Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. neas@unibave.net

Resumo: Os agrotóxicos por serem amplamente utilizados na agricultura, apresentam significativo potencial de exposição, principalmente dos trabalhadores rurais que possuem como rotina de trabalho o manuseio desses produtos. Dentro desse contexto, não se pode esquecer o papel do trabalhador agrícola e dos impactos do manuseio de agrotóxicos em sua saúde. O objetivo desta pesquisa foi investigar os reflexos da exposição a agrotóxicos e à saúde do trabalhador rural, buscando identificar medidas possíveis de prevenção e redução de danos causados por esta exposição. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com enfoque qualitativo. Fundamenta-se em artigos científicos já publicados. Concluímos que existe uma necessidade de gerar condições seguras e adequadas de trabalho, nas quais se torna imprescindível a adoção de medidas de prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores que misturam, carregam e aplicam agrotóxicos.

Palavras chave: Agrotóxicos. Saúde. Prevenção. Danos. Exposição ambiental.

Introdução

O impacto do uso de agrotóxico sobre a saúde humana é um problema que tem merecido atenção, pois, representa um grave problema na saúde do produtor rural. Partindo deste princípio, o foco de estudo desta pesquisa é refletir sobre os danos causados pelos agrotóxicos ao produtor rural, evidenciando a necessidade e possibilidade da prevenção, com vistas à redução dos danos à saúde.

Diariamente, em todo o mundo, existe um grande número de substâncias químicas que são produzidas, transportadas e armazenadas, gerando um significativo potencial de exposição do homem a estes produtos, tanto pela frequência de uso, como pela diversidade de substâncias existentes. Dentre esses produtos podemos citar os agrotóxicos (SELMI; TRAPÉ, 2014).

Dentre os impactos sobre a vida humana, diversos estudos mostram que a utilização de agrotóxicos implica em diversos problemas à saúde. A Organização Mundial da Saúde estima que ocorram no mundo cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos, com 220 mil mortes por ano. Dessas, cerca de 70% ocorrem em países do chamado Terceiro Mundo. Dentre os afetados pelo

veneno estão os trabalhadores que mantêm contato direto ou indireto com esses produtos, assim como os consumidores de alimentos contaminados com essas substâncias. Entretanto, com toda a convicção, são os agricultores aqueles cujas saúdes são mais afetadas pelos agrotóxicos (MEIRELLES, 1996 et al. SILVA, 2005).

A utilização de produtos visando ao combate de pragas e doenças presentes na agricultura não é recente. Civilizações antigas usavam enxofre, arsênico e calcário, que destruíam plantações e alimentos armazenados. Também eram utilizadas substâncias orgânicas, como a nicotina extraída do fumo e do *pyrethrum*. O intenso desenvolvimento da indústria química a partir da Revolução Industrial determinou o incremento na pesquisa e produção dos produtos agrotóxicos. Sua produção em escala industrial teve início em 1930, intensificando-se a partir de 1940 (MEIRELLES, 1996 et al. SILVA, 2005).

A exposição ocupacional aos agrotóxicos ocorre principalmente através das vias inalatória e dérmica. Nos últimos anos, tem-se observado uma maior preocupação quanto à importância da exposição através da via dérmica, até porque um significativo progresso já foi evidenciado quanto ao desenvolvimento de uma metodologia única para se mensurar a exposição através da via inalatória. Entretanto, quando fazemos referência à definição de uma metodologia para mensuração da exposição dérmica, o cenário ainda não é suficientemente estabelecido, considerando a existência de uma ampla variedade de técnicas possíveis de quantificação da exposição por esta via. Exemplificando este fato, entre as técnicas de dosimetria passiva disponíveis para quantificação da exposição dérmica pode-se citar algumas, como a utilização de patches, corpo total ou traçadores fluorescentes, corantes visíveis, assim como técnicas de lavagem ou limpeza com água e sabão ou com solvente específico (SELMI; TRAPÉ, 2014).

É fundamental ressaltar a importância do ambiente de trabalho, pois é nele que desenvolvemos nossas atividades laborais. Nesse sentido, Nogueira (2005), afirma a influência do meio ambiente na saúde das pessoas, onde o mesmo extrapola a esfera do social do conceito de saúde da OMS por assumir gradativamente grande importância no processo de adoecimento humano. A influência do meio ambiente na saúde das pessoas está sendo mais claramente demonstrada em fatos recentes, como visto nas estatísticas sobre o grande número de afastamentos no trabalho por doenças advindas de suas relações com as atividades laborais.

Ceccato (2014) apresentou resultados de um estudo que analisou um total de 1.230 atestados médicos apresentados por 400 trabalhadores rurais do setor canavieiro ao longo de um ano. A análise levou em consideração o tipo de doença ocupacional, os períodos de afastamento e o número de dias afastados. Na entressafra, a frequência de atestados foi maior entre as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguidas das doenças do aparelho respiratório ($p < 0,05$). No meio da safra, houve maior frequência no número de atestados de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; em segundo lugar estão as doenças do aparelho respiratório; e, em terceiro lugar, as doenças do sistema nervoso ($p < 0,05$). No fim da safra a frequência no número de atestados foi maior nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e, em segundo lugar, as doenças do aparelho respiratório ($p < 0,05$).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar os reflexos da exposição a agrotóxicos e à saúde do trabalhador rural.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa em questão seguiu o preceito de estudo exploratório, através de pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2008, p. 50) é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Para a busca das fontes abordadas neste trabalho de revisão foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: agrotóxicos, saúde, produtor rural, exposição a agrotóxicos, agricultura, praguicida, pesticida. Os artigos científicos foram obtidos através de bancos de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed, onde foram utilizados os operadores booleanos: AND, OR, AND NOT e NOT. Foram também utilizados livros, mas em minoria, devido à maior disponibilidade dos assuntos em artigos.

A obtenção dos dados ocorreu com as seguintes etapas:

- ✓ Leitura exploratória de todo o material selecionado, ou seja, leitura rápida que objetivará verificar as obras de interesse para o trabalho.
- ✓ Leitura seletiva, ou seja, leitura mais profunda das partes que realmente terão relevância acerca do tema de interesse.
- ✓ Fichamento contemplando o registro das informações extraídas das fontes, como autores, ano da publicação, método, resultados e conclusões.

Posteriormente, foram realizadas leituras com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, para que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

Agrotóxicos no Brasil

Os agrotóxicos são considerados extremamente relevantes no modelo de desenvolvimento da agricultura no País. O Brasil é o maior consumidor de produtos agrotóxicos no mundo. Em decorrência da significativa importância, tanto em relação à sua toxicidade quanto à escala de uso no Brasil, os agrotóxicos possuem uma ampla cobertura legal no Brasil, com um grande número de normas legais. O referencial legal mais importante é a Lei nº 7802/89, que rege o processo de registro de um produto agrotóxico, regulamentada pelo Decreto nº 4074/02 (BRASIL, 2002).

Para serem produzidos, exportados, importados, comercializados e utilizados devem ser previamente registrados em órgão federal, de acordo com as diretrizes e exigências dos órgãos federais responsáveis pelos setores da saúde, do meio ambiente e da agricultura.

Segundo a Lei 7.802/89, artigo 3º, parágrafo 6º, no Brasil, é proibido o registro de agrotóxicos:

- a) para os quais o Brasil não disponha de métodos para desativação de seus componentes, de modo a impedir que os seus resíduos remanescentes provoquem riscos ao meio ambiente e à saúde pública;
- b) para os quais não haja antídoto ou tratamento eficaz no Brasil;
- c) que revelem características teratogênicas, carcinogênicas ou mutagênicas, de acordo com os resultados atualizados de experiências da comunidade científica;
- d) que provoquem distúrbios hormonais, danos ao aparelho reprodutor, de acordo com procedimentos e experiências atualizadas na comunidade científica;
- e) que se revelem mais perigosos para o homem do que os testes de laboratório, com animais, tenham podido demonstrar, segundo critérios técnicos e científicos atualizados.

O recorde de consumo de agrotóxicos e o contexto atual químico-dependente de produção de alimentos são reflexos da "modernização do campo" adotada pelo governo brasileiro, a partir da década de 1960, que modificou as práticas agrícolas no país. Essa modernização, através de transferência de tecnologia, foi financiada por instituições responsáveis pela expansão internacional de empresas estadunidenses -

como a USAID, *Rockefeller* e *Ford Foundation* e o Banco Mundial - e foi denominada "revolução verde" pelo diretor da USAID, em 1968. Dentro do pacote da "revolução verde" duas práticas se complementavam: a monocultura, que favorece a proliferação de "pragas agrícolas" e o uso intensivo de agrotóxicos, solução tecnológica para o controle dessas "pragas".

Para que o modelo agroquímico de produção se estabelecesse, foram adotadas no Brasil, entre as décadas de 1960 e 1980, medidas governamentais que, articuladas, impulsionaram o acesso de trabalhadores rurais aos agrotóxicos. Entre as principais estavam o Sistema Nacional de Crédito Rural, que atrelava o crédito rural à obrigatoriedade de compra de insumos químicos e o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas, que financiava a criação de empresas nacionais e a instalação de empresas transnacionais do setor no país. Esse modelo recebe até os dias de hoje, permanente apoio dos governos municipais, estaduais e federal, principalmente, através de isenções fiscais concedidas às indústrias químicas produtoras de agrotóxicos (ABREU; ALONZO, 2014).

Além desses subsídios, os custos sociais, sanitários e ambientais de curto, médio e longo prazos, gerados pela utilização intensiva de agrotóxicos, foram assumidos por toda a população, através de gastos públicos com a recuperação de áreas contaminadas, com o tratamento de intoxicações agudas e crônicas, afastamentos e aposentadorias por invalidez de trabalhadores rurais, além dos irreparáveis danos familiares causados pelas mortes decorrentes da utilização dessas substâncias.

Soares e Porto (2012) utilizam o conceito de externalidade negativa para definir a socialização desses custos de responsabilidade direta das indústrias químicas, apontando que a não contabilização dos impactos negativos à saúde humana e ao meio ambiente, no preço final dos produtos agrotóxicos, associada ao apoio fiscal fornecido pelo Estado às indústrias químicas e ao discurso da indissociabilidade do aumento da produtividade e do uso de agroquímicos (sustentado pela bancada ruralista no Congresso Nacional), acaba por maquiagem o custo real decorrente da utilização dessa tecnologia de controle de "pragas" e por subsidiar econômica e ideologicamente a decisão do agricultor em aderir ao modelo hegemônico-convencional de produção.

A saúde após exposição aos agrotóxicos

Os agrotóxicos são um dos mais importantes fatores de riscos para a saúde humana. Utilizados em grande escala por vários setores produtivos e mais intensamente pelo setor agropecuário, têm sido objeto de vários tipos de estudos, tanto pelos danos que provocam à saúde das populações humanas, e dos trabalhadores de modo particular, como pelos danos ao meio ambiente e pelo aparecimento de resistência em organismos-alvo (pragas e vetores). Na agricultura são amplamente utilizados nos sistemas de monocultivo em grandes extensões. As lavouras que mais os utilizam são as de soja, cana-de-açúcar, milho, café, cítricos, arroz irrigado e algodão. Também as culturas menos expressivas por área plantada, tais como fumo, uva, morango, batata, tomate e outras espécies hortícolas e frutícolas empregam grandes quantidades de agrotóxicos (OIT, 2001; BRASIL, 1997 apud SILVA et al., 2005). Essas substâncias são ainda utilizadas na construção e manutenção de estradas, tratamento de madeiras para construção, armazenamento de grãos e sementes, produção de flores, combate às endemias e epidemias, como domissanitários etc. Enfim, os usos dos agrotóxicos excedem em muito aquilo que comumente se reconhece (SILVA et al., 2005).

A exposição a agrotóxicos causa câncer conforme estudos científicos publicados na área da saúde. Existem aqueles efeitos mais imediatos, que podem ocorrer logo após a exposição. Em geral o trabalhador do campo, que está mais exposto ao produto, faz relatos frequentes de intoxicações agudas, que causam dor de cabeça, vômitos, diarreia e até o óbito. Além disso, existem os efeitos mais tardios, que são o câncer, alterações hormonais, alterações reprodutivas, que são relacionadas, cientificamente, ao uso de agrotóxicos (SILVA et al., 2005).

Estudos apontam danos no sistema auditivo em agricultores expostos a agrotóxicos. Foram avaliados 70 indivíduos, de ambos os sexos, moradores de Campos dos Goytacazes, RJ, com idade variando entre 25 e 59 anos, sendo 35 agricultores e 35 não agricultores. Todos os indivíduos tiveram sua audição periférica avaliada, por meio de audiometria tonal nas frequências de 250, 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000Hz. Foram excluídos indivíduos com alteração de orelha externa e média e/ou com alguma queixa otológica. Além disso, foi realizada anamnese com questões relacionadas à saúde, situação socioeconômica, educação e exposição ao agrotóxico.

Foi considerada perda auditiva, os limiares maiores ou iguais a 25dB em qualquer das frequências testadas. O *Odds Ratio* de perda auditiva foi 3,67 vezes (IC95%: 2,08-6,48) maior entre agricultores (94,3%), quando comparados aos não agricultores (25,7%). Além disso, a maior parte das alterações auditivas foi observada nas frequências mais agudas (KÒS et al. 2014). Este estudo sugere que a atividade agrícola e possivelmente a exposição a agrotóxicos aumenta o risco de perda auditiva.

Sobre a saúde mental do trabalhador rural estudos recentes apontam a conexão entre a exposição a agrotóxicos e doenças neurodegenerativas como o Parkinson e Alzheimer (SILVA et al., 2005).

Por vários anos, os neurologistas da UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles) vêm conjecturando uma percepção de que há um vínculo entre agrotóxicos e Parkinson. Até agora, os venenos agrícolas *paraquat*, *maneb* e *ziram* comumente aspergidos no Vale Central da Califórnia e outros lugares — vêm sendo conectados aos aumentos da doença, não somente entre os trabalhadores, mas também nos indivíduos que simplesmente vivem ou trabalham próximos aos campos cultivados, ou que provavelmente venha inalando as partículas da deriva. Os pesquisadores da UCLA descobriram a conexão entre o Parkinson e um outro agrotóxico, o *benomil* (fungicida ainda usado no Brasil) (WHEELER, 2013).

A exposição ao *benomil*, de acordo com Jeff Bronstein (apud WHEELER, 2013) inicia uma série de eventos celulares que podem levar à doença de Parkinson. O agrotóxico impede que a enzima chamada aldeido desidrogenase/ALDH se mantenha como uma tampa sobre a DOPAL (3-4-dihidroxifenilacetaldeido), uma toxina que naturalmente ocorre no cérebro. Quando fica sem ser controlada pela ALDH, a DOPAL se acumula, danifica neurônios e aumenta o risco individual para o desenvolvimento da doença de Parkinson. Os investigadores acreditam que suas descobertas a respeito do *benomil* podem ser generalizadas a todos os pacientes com Parkinson. O desenvolvimento de novos medicamentos para proteger as atividades da ALDH, dizem eles, pode eventualmente auxiliar a retardar a progressão da doença, tenha sido ou não o indivíduo exposto aos agrotóxicos. A pesquisa está publicada na edição atual 'on line' do periódico *Proceedings of the National Academy of Sciences* (WHEELER, 2013).

São aspectos que caracterizam a doença de Parkinson: A doença de Parkinson é uma desordem debilitante neurodegenerativa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Seus sintomas — incluindo tremor, rigidez e movimentos e fala arrastados

— aumentam com a degeneração progressiva dos neurônios, fundamentalmente na parte do mesencefálico chamada de substância nigra. Esta área normalmente produz dopamina, um neurotransmissor que permite a comunicação das células e danos a esta parte cerebral tem sido conectados a doença. Geralmente, antes que os sintomas de Parkinson manifestam-se, mais da metade destes neurônios, conhecidos como neurônios dopaminérgicos, já foram perdidos (WHEELER, 2013).

De acordo com Wheeler (2013), o fungicida *benomil* foi largamente empregado nos EUA por três décadas até as evidências toxicológicas revelarem que ele poderia potencialmente desenvolver tumores de fígado, malformações cerebrais e efeitos reprodutivos além de ser carcinogênico. Foi banido nos EUA em 2001. Os pesquisadores queriam explorar se havia uma relação entre o *benomil* e o Parkinson, que pudesse demonstrar a possibilidade de efeitos toxicológicos de longo prazo pelo uso do agrotóxico, mesmo uma década depois de sua exposição crônica. Em razão de não se poder estabelecer uma relação causal direta entre agrotóxicos e o Parkinson testando com seres humanos, os pesquisadores procuraram determinar se a exposição em modelos experimentais poderia replicar algumas das características patológicas da doença.

Sobre a relação doença de Alzheimer e agrotóxicos no laboratório, o *Roundup* causa o mesmo estresse oxidativo e morte de células neurais observados no Alzheimer. Isso afeta a CAMKII, uma proteína cuja desregulação também foi associada à doença (MAYER, 2013).

A Monsanto investiu no herbicida glifosato e o levou ao mercado com o nome comercial de *Roundup* em 1974. Mas, foi no final dos anos 1990 que o uso do *Roundup* se massificou quando foram desenvolvidas sementes geneticamente modificadas para cultivos alimentares que podiam tolerar altas doses de *Roundup*. Com a introdução dessas sementes geneticamente modificadas, os agricultores podiam controlar facilmente as pragas em suas culturas de milho, soja, algodão, colza, beterraba açucareira, alfafa; cultivos que se desenvolviam bem enquanto as pragas em seu redor eram erradicadas pelo *Roundup*. A empresa Monsanto também incentivou os agricultores a usar o *Roundup* como agente dessecante, para secar seus cultivos e assim fazer a colheita mais rapidamente. De modo que o *Roundup* é usado rotineira e diretamente em grande quantidade de cultivos de organismos não modificados geneticamente, incluindo trigo, cevada, aveia, colza linho, ervilha, lentilha, soja, feijão e beterraba açucareira (MAYER, 2013).

O escasso conhecimento dos riscos potenciais deste e de outros produtos associados à não utilização de equipamentos de proteção durante a aplicação aumenta os riscos de contaminação dos agricultores e de suas famílias, quase todos envolvidos no processo de trabalho agrícola.

A exposição pode ser estimada diretamente, por meio da condução do estudo em campo, ou indiretamente, usando-se os modelos preditivos da exposição. Esses são modelos matemáticos que reúnem informações de exposição provenientes de diversos estudos de monitoramento já realizados com trabalhadores que misturam, carregam e aplicam agrotóxicos em condições típicas e reais de campo. Os dados constituintes dos modelos preditivos são provenientes de estudos de monitoramento em campo por dosimetria passiva, nos quais a quantidade de agrotóxico depositada nas roupas, pele e na área de respiração do trabalhador, durante as tarefas de preparo, carregamento e aplicação, foi quantificada. Em resumo, a metodologia chamada de dosimetria passiva consiste na coleta e quantificação de todo resíduo depositado sobre os dosímetros distribuídos pelo corpo do trabalhador e que simulam sua pele ou área de inalação (SELMÍ; TRAPÉ, 2014).

Estudos fazem associação entre as taxas de suicídio e exposição de pesticidas no Brasil. Os estudos encontraram taxas mais altas de suicídio e tentativas de suicídios em duas áreas onde os pesticidas são utilizados intensivamente: No Rio Grande do Sul, um estudo analisou as tendências temporais de taxas de suicídio no período entre 1979 e 1998 e encontrou uma taxa mais elevada entre os trabalhadores do setor primário, em especial os trabalhadores agrícolas. Contudo, a associação entre a exposição a pesticidas e suicídio não pôde ser verificada devido a dados limitados naquele tempo (MENEGHEL et al., 2004 apud FARIA et al., 2014). Estudos entre os trabalhadores rurais têm mostrado uma associação entre envenenamento por pesticidas e problemas psiquiátricos, particularmente, distúrbios depressivos. No entanto, esta associação não é tão clara quando se analisa a exposição à pesticidas - sem envenenamento - e a ocorrência de problemas psiquiátricos (FARIA et al., 2014).

A associação entre o uso de pesticidas e um aumento do risco de suicídio é assim, uma questão controversa. Estudos anteriores demonstraram maiores taxas de suicídio entre os trabalhadores agrícolas e pessoas que vivem em pequenos municípios, mas não identificaram as causas desses resultados.

Sobre porque há um consumo tão grande de agrotóxicos no Brasil pode-se dizer que é uma somatória de razões. A mais óbvia é que somos um dos maiores produtores agrícolas do mundo, de soja principalmente. Uma outra é que nossas sementes melhoradas já são pensadas para usar agrotóxicos. São selecionadas até um certo ponto em que, realmente, dependem destes produtos. E, para dar a produtividade que se espera, demandam grandes quantidades. É um espiral que vai aumentando (LUCENA, 2010).

É importante destacar que paralelo ao consumo de pesticidas em crescimento em todo o mundo, é crescente preocupação sobre os seus efeitos sobre a saúde mental. Enquanto mercado de pesticidas do mundo cresceu 93% durante os últimos 10 anos, o mercado brasileiro aumentou 190% (ANVISA, 2012 apud FARIA et al., 2014) e, desde 2008 tem sido o maior mercado de agrotóxicos do mundo. A intensiva utilização destes produtos expõe a maioria da população brasileira aos seus efeitos através de resíduos de alimentos, ambiental contaminação, envenenamento ocupacional ou casos acidentais. Um grande número de trabalhadores rurais brasileiros está exposto a pesticidas no trabalho de forma frequente e prolongada, muitas vezes sem qualquer proteção.

Considerações finais

O presente estudo demonstrou as principais medidas de segurança durante as atividades que estejam envolvidas com o agrotóxico e os cuidados com a saúde, que se iniciam desde a aquisição, transporte, armazenamento, preparo e aplicação, destino final de embalagens vazias e lavagem de roupas/ EPI's contaminados. Segundo o paradigma do "uso seguro", tais medidas são determinantes para a proteção da saúde dos agricultores e para o controle dos riscos envolvidos na utilização de agrotóxicos, observou-se que a abrangência do termo "uso seguro" nestas atividades, e a própria abordagem das seis atividades de trabalho que envolvem manipulação direta das substâncias biocidas, não vêm sendo realizadas de forma ampla.

Conforme outros estudos já publicados, os resultados aqui apresentados podem não ser suficientes para demonstrarem a completa inviabilidade da existência do termo "uso seguro" de agrotóxicos no contexto social, econômico, geográfico e cultural geral da agricultura brasileira e para desconstruir como um todo este pilar de sustentação para a liberação, registro, promoção e uso indiscriminado de agrotóxicos

no Brasil. Quando o assunto é agrotóxico e saúde, a discussão tem de ser feita a partir da perspectiva da prevenção para evitar que um dano à saúde se estabeleça.

Um dos principais resultados observados neste estudo foi que ainda se faz necessário, o melhoramento sobre condições seguras e adequadas no âmbito de trabalho dos trabalhadores que estão diretamente ou indiretamente expostos ou em contato com a manipulação de agrotóxicos. Esta situação se torna cada vez mais imprescindível na adoção de medidas de prevenção, cuidados e proteção à saúde dos trabalhadores rurais e seus familiares, pois o risco relativo no desenvolvimento de doenças como Parkinson, Alzheimer, Câncer e até mesmo suicídio são cada vez mais evidenciados nos artigos.

Referências

ABREU, Pedro Henrique Barbosa de; ALONZO, Herling Gregorio Aguilar. Trabalho rural e riscos à saúde: uma revisão sobre o "uso seguro" de agrotóxicos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004197&lang=pt%20-%20B09%20>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989**. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4074.htm>. Acesso em: 02 nov. 2016.

CECCATO, Aline Duarte Ferreira. Absenteísmo por doença ocupacional de trabalhadores rurais no setor canavieiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p.2169-2176, out, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2169.pdf>>. Acesso em: 31 de out. 2016.

COSMANN, Natássia Jersak; DRUNKLER, Deisy Alessandra. Agrotóxicos utilizados nas culturas de milho e soja em Cascavel- Pr. **Revista Eletrônica Científica Inovação e Tecnologia**, v.2, n.6, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/recit/article/download/97/pdf>>. Acesso em 07 dez. 2016.

FARIA, Neice Muller Xavier et al., **Associação entre as taxas de suicídio e exposição de pesticidas no Brasil**. Programa de Pós-Graduação em

Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS, Brasil. 2014.

FONSECA, MGU et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.39-50,. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n1/11.pdf>> Acesso em: 24 out.16.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KÓS, Maria Isabel et al., Avaliação do sistema auditivo em agricultores expostos à agrotóxicos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.16, n.3 maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201420212>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

LUCENA, Mariana. **Entenda por que o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo**. 2010. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/revista/common/0,,emi150920-17770,00-entenda+por+que+o+brasil+e+o+maior+consumidor+de+agrototoxicos+do+mundo.html>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

MAYER, Alexis Baden. **Monsanto: 25 doenças que podem ser causadas pelo agrotóxico glifosato**. 2013.. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Meio-Ambiente/Monsanto-25-doencas-que-podem-ser-causadas-pelo-agrotoxico-glifosato/3/32891>>. Acesso em: 09 out. 2016.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2016.

MOREIRA, H. CALEFFE, L. G. **Metodologia da Pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

NOGUEIRA, Danielle Cronemberger Albuquerque. Definindo Saúde, Meio Ambiente, **Saúde do Trabalhador e o Papel das Organizações Governamentais** p.1-8, 2005,. Disponível em: <http://www1.sp.senac.br/hotsites/arquivos_materias/sigas2005/res_07.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

SELMI, Giuliana da Fontoura Rodrigues; TRAPÉ, Angelo Zanaga. Proteção da saúde de trabalhadores rurais: a necessidade de padronização das metodologias de quantificação da exposição dérmica a agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n 5, , maio 2014.

SILVA, Jandira Maciel da et al., Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10 , n. 4, out/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400013>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SOARES WL, PORTO MF. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. **Rev Saude Publica**, v. 46, n.2, p.209-217, 2012;.Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004197&lang=pt - B61>. Acesso em: 25 out. 2016.

WHEELER, Mark. **Agrotóxicos e Doença de Parkinson: pesquisadores da UCLA desvelam mais provas da conexão.** 2013. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/518004-agrotoxicos-e-doenca-de-parkinson-pesquisadores-da-ucla-desvelam-mais-provas-da-conexao>. 28 Fevereiro 2013>. Acesso em: 09 out. 2016.

ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA EM UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL - ONG: UM APRENDIZADO POR MEIO DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

Fabiola Araujo¹, Gabriela Aguiar²

¹Psicologia. Unibave. fabiolabilla-bn@hotmail.com

²Psicologia. Unibave. gabs-96@live.com

Resumo: Este artigo se caracteriza como um relato de experiência e foi realizada na Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente (ASACAD) do Município de Braço do Norte (SC), por meio do estágio supervisionado no campo socioeducacional e visa conhecer o funcionamento da associação e o trabalho do psicólogo social, além de contribuir com práticas da psicologia social, um dos objetivos foi observar as crianças e adolescentes e suas necessidades, proporcionando atividades sócio educativas, ofertando novos conhecimentos sobre regras, respeito entre eles e dentro da sociedade. Entendesse que crianças e adolescentes que frequentam a ASACAD podem estar passando por algum tipo de vulnerabilidade social e necessitam desse apoio psicossocial.

Palavras-chave: ONGs. Psicologia Social Comunitária. Crianças e adolescentes.

Introdução

O presente trabalho trata de um relato de experiências realizado em uma Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente (ASACAD) do Município de Braço do Norte (SC), tem como missão o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, realizando um trabalho no contra turno escolar junto a criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social.

Este trabalho visa conhecer o funcionamento da associação e o trabalho do psicólogo social, além de contribuir com práticas da psicologia social em uma Organização Não Governamental do Município de Santa Catarina/SC.

Através do referido Projeto, acadêmicas do curso de psicologia por meio do estágio supervisionado no campo socioeducacional tem como objetivo proporcionar atividades sócio educativas, ofertando novos conhecimentos sobre regras, respeito entre eles e dentro de uma sociedade.

Psicologia Comunitária ocorreu em meados da década de 1960, relacionado aos movimentos sociais comunitários, em especial os de saúde mental (ÁLVARO;

GARRIDO, 2006; BENNET ET AL., 1966). Inspirados nos pressupostos da Psiquiatria Preventiva, tais movimentos tinham como objetivo não somente tratar as doenças mentais, mas também preveni-las. As intervenções, antes limitadas aos indivíduos, foram ampliadas para seu entorno – também chamado comunidade – concebido como fonte dos problemas mentais e, ao mesmo tempo, como agente potencialmente terapêutico.

A Psicologia é uma ciência que tenta buscar do auto reconhecimento do indivíduo. Procura compreender o homem, seu comportamento, para facilitar a convivência consigo próprio e com o outro. Pretende fornecer-lhe subsídios para que ele saiba lidar consigo mesmo e com as próprias experiências de vida. Pois a ciência do comportamento é compreendida em seu sentido mais amplo (TELES, 2003).

As ONG's fazem um papel muito importante em relação à valorização da Educação Integral como alternativa eficiente para o desenvolvimento da sociedade. No início essas organizações tinham por objetivo cuidar de um espaço aonde era acolhido crianças e adolescentes, tirando-os dos perigos das ruas. Foi a partir da década de 80 que essas organizações, que eram influenciadas pela luta dos direitos humanos, passaram a adotar uma postura voltada para a educação e cidadania (GUARÁ, 2003).

Com a educação integral visa possibilitar às crianças e adolescentes um contato maior com a educação e, conseqüentemente, fazer com que eles tenham mais informação sobre como se integrar melhor dentro de uma sociedade. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Pressupõe que a educação integral às crianças e adolescentes brasileiros nos contextos educacionais regulares e também em outras instituições informais que tem por objetivo promover a proteção social, como as Organizações não Governamentais – ONGS (GUARÁ, 2003).

Segundo Monica Sperf Machado, entende-se que as práticas sociais endereçadas a estes sujeitos são orientadas pelas diversas formas de concebê-los e que o cuidado com a infância é dever de toda a sociedade. Assim, colocar tais temáticas em pauta pode contribuir para a efetivação dos seus direitos.

Psicologia Social e ONGS

A psicologia comunitária, de acordo com Góis (2005), encontra suas origens nos movimentos sociais comunitários. Historicamente, a expressão “psicologia comunitária” teve sua configuração formal dentro da Conferência de Swampscott, em

Boston, em 1965, que objetivava traçar as bases dos Centros de Saúde Mental Comunitária, proposto pelo presidente J. F. Kennedy, bem como debater a formação do psicólogo e ampliar a noção de saúde mental ao âmbito comunitário.

Segundo Campos (2003) e Góis (1993, 2005), a psicologia comunitária começou a ser utilizada com o objetivo de fazer uma nova psicologia social, com base na preocupação de alguns psicólogos diante dos escassos resultados da psicologia social tradicional e da necessidade de construir uma proposta ancorada nos pilares de transformação social.

ONG é a sigla de Organização Não Governamental, são organizações que desenvolvem trabalhos sem fins lucrativos. As Organizações Não Governamentais (ONGs) são entidades do Terceiro Setor, ou seja, são da sociedade civil e de caráter privado, cuja função é desenvolver trabalhos sem fins lucrativos (LIMA, 2016).

Os inúmeros tipos de organizações não governamentais de diferentes tipos de atuação. Estas Organizações fazem um trabalho muito diferente das empresas e do governo. As empresas fornecem serviços e bens. O Governo controla. A instituição sem fins lucrativos não fornece bens e serviço, nem controla. “Seu produto” não é um par de sapatos, nem um regulamento eficaz. Seu produto é um paciente curado, uma criança que aprende um jovem que se transforma em um adulto com respeito próprio; isto é, toda uma vida transformada (DRUKER, 1909).

Hudson (2004), complementa que estas mesmas organizações têm livre escolha para decidir seu próprio futuro, pois muito diferente das organizações do setor privado, estas organizações não partilham lucros aos seus dirigentes e, diferentemente das organizações do setor público, não estão submetidas ao controle político direto.

Atualmente as ONGs (Organizações não Governamentais) ocuparam um espaço mais amplo na sociedade, sendo reconhecidas como “agentes transformadoras de mudança” por estar diretamente ligadas à realização de trabalhos em que o Estado não consegue realizar. Por isto, estas organizações contam com auxílio e doações do mesmo e também de pessoas físicas e de empresas privadas (BROGNI, 2015).

Podemos dizer que embora seja um conceito recente, uma grande parte das organizações do terceiro setor de caráter público, trazem em si mesmas o foco de gerar benefícios para toda a sociedade e defender seus interesses comuns. São

organizações que fazem parte do movimento social e executam a cidadania, contribuindo de forma inovadora e eficaz na construção de uma sociedade melhor.

Complementa Machado (2009, p.187),

As famílias, as pessoas com as mais diferentes carências, necessitam de uma comunidade autônoma e organizada, principalmente nas grandes cidades, que as apoie e as atenda em seus problemas sociais, que conheça suas necessidades, seus transtornos e que tente de alguma forma, resolve-los. Essas comunidades autônomas e organizadas inserem-se no Terceiro Setor, como entidades de fins não econômicos, que não possuem finalidade de lucro para seus associados e que querem, antes de tudo, o bem-estar social.

Constantemente são abertas novas ONGs ou Organizações do Terceiro Setor que buscam realizar trabalhos e projetos visando um bem coletivo, visando trazer melhorias na qualidade de vida da sociedade. Mas são poucas as organizações que conseguem realizar um trabalho diferenciado e competente, e que conseguem atingir seu objetivo (BROGNI, 2015).

A organização em estudo atua no Terceiro Setor há 26 anos. Seu foco é o apoio à educação, cultura e ao esporte (ensino de atividade e produções artísticas) e serviços de assistência social, através de projetos que visem à promoção social da infância, juventude e a família em situação de vulnerabilidade ou risco social (BROGNI, 2015).

Machado (2009) conceitua o terceiro setor como um setor formado por instituições privadas, que tem como principal objetivo proporcionar à sociedade em geral, um dever que deveria ser do Estado, mas que este não consegue cumprir. Portanto, este setor engloba as ações que o governo não tem a capacidade de cumprir, como: educação, cultura, comunicação, saúde, assistência social e outros. Por outro lado, abrange também ações do Mercado que por ter como prioridade o lucro, não consegue exercer as mesmas atividades.

O Terceiro Setor surgiu da mistura dos dois setores econômicos clássicos da sociedade: o público, no qual é representado pelo Estado e o privado, representado pelas Empresas em geral. Esta definição surgiu na primeira metade do século, consistindo em instituições que tem como objetivo principal o social e como ação principal a criação de projetos que possam atingir um coletivo, ou seja, as pessoas inseridas na missão desses projetos, sem visar o lucro. Podemos dizer que participam neste meio as organizações de caridade, religiosas, comunitárias, sindicatos,

entidades voltadas para as artes, associações profissionais entre outras instituições voluntárias.

Podemos dizer que embora seja um conceito recente, uma grande parte das organizações do terceiro setor de caráter público, trazem em si mesmas o foco de gerar benefícios para toda a sociedade e defender seus interesses comuns. São organizações que fazem parte do movimento social e executam a cidadania, contribuindo de forma inovadora e eficaz na construção de uma sociedade melhor (SILVA, 2015).

As instituições que oferecem atividades fora do período regular escolar, ou seja, no contra turno escolar, desempenham papéis relevantes na sociedade, sobretudo quando localizadas em regiões de vulnerabilidade. Assim, é primordial ter um olhar crítico em relação ao modo que tais instituições trabalham, uma vez que as políticas públicas, a concepção de educação, de infância e adolescência, de socialização e integração influenciam a forma de atuação e as práticas realizadas nas mesmas (DIAS, 2016).

A vulnerabilidade infantil atinge vários pontos da vida social da criança, são evidências causadas por transtornos mentais, que pode ter efeito duradouro na vida dos indivíduos afetados, podendo também causar problemas maiores na vida adulta por carregar tais problemas por diversas fases da vida, principalmente desde a sua infância. As crianças e adolescentes que sentem na pele em suas vidas são aquelas que se encontram em desigualdades sociais, da pobreza à discriminação, falta de acesso à educação, abuso sexual, exploração de trabalho infantil, ausência da família, resultando na falta de uma perspectiva de melhoria de vida, são indivíduos que não tem ofertas de projetos futuros, pois vivem em situações miseráveis e acabam desacreditando na vida (ALVES, 2016).

Os direitos das crianças e dos adolescentes ainda requer muita prática para que esta construção da vulnerabilidade e riscos contra a criança e ao adolescente seja violada. O grande problema que vem sido discutido por diversos autores e pesquisadores acerca do tema é a posição da família nesse contexto social e educativo da criança, a falta de cuidado e de atenção é um dos principais pontos negativos, como também o não comprometimento dessas crianças irem à escola, levando a uma realidade pouco produtiva na vida da criança (BRASIL, 1990).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) recomenda a proteção integral da criança e do adolescente para que consigam se desenvolver em todos os aspectos

de suas vidas. As leis estão embasadas nos deveres que a família, a sociedade, a comunidade e o poder público têm no que diz respeito à garantia dos direitos desses sujeitos em relação à garantia dos direitos desses sujeitos em relação à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, cultura, respeito e socialização (BRASIL,1990).

Com a crise estrutural do capital e sua necessidade de reorganização, na década de 1990 no Brasil dar-se a consolidação do projeto neoliberal, o que culmina em um processo de redefinição do Estado o qual transfere para o terceiro setor a responsabilidade de atender as necessidades sociais da população e privatiza alguns direitos essenciais da sociedade. É nesse contexto que as Organizações Não-Governamentais (ONGs), surgem como expressões da sociedade civil organizada e tornam-se um novo campo sócio ocupacional para o profissional de serviço Social (LIMA,2016).

Podemos citar como categorias representativas do terceiro setor: Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL), Instituições Filantrópicas, Fundações Empresariais, entre outras (LIMA, 2016).

Passou-se a denominar terceiro setor o conjunto de atividades não estatais ou governamentais constituído de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que se dedicam ao fornecimento de serviços básicos de assistência, saúde educação, pesquisa, filantropia, consideradas de interesse público [...]. Essas atividades têm sido concebidas como um novo setor para a solução de problemas sociais decorrentes da organização da sociedade civil [...] (SIMÕES. 2010, p.472).

Embora as ONGs tenham passado por metamorfose desde sua gênese elas sempre tiveram por base de atuação a esfera da sociedade civil. Atualmente existem três campos de atuação dessas organizações, que embora tenha surgido em contextos diferentes, podem coexistir no mesmo espaço, são estes: o assistencialismo por meio da filantropia, o do desenvolvimentismo programas de cooperação internacional entre ONGs e agências de fomento, públicas e privadas e campo da cidadania ONGs criadas a partir de movimentos sociais que lutam por direitos sociais (GONH 1997).

A promoção e a garantia dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil é uma construção histórica que tem suas origens no cenário internacional em especial na declaração universal dos direitos humanos em 1948 e com a declaração dos

direitos das crianças em 1959. Atualmente, essa temática tem ocupado um lugar significativo nas mesas de debates das sociedades, mas nem sempre foi assim pois historicamente a educação e o cuidado de crianças se perderam nas formulações e implantação de políticas públicas. Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 as Crianças e Adolescentes saem do “status” pejorativo de “Menor” que designava algo sem valor e sem direitos, e passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e dignidade, e a receber proteção e prioridade absoluta. A lei determina que é dever da família, da comunidade, do estado e de toda a sociedade assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (SOARES GOMES, 2016).

Por fim conclui-se que o ECA, (Estatuto da criança e Adolescente) transformou a relação da sociedade com a questão dos direitos da criança e adolescente, porém ainda está longe de ser cumprido em sua totalidade, pois é ineficaz em vários aspectos principalmente nos direitos fundamentais, que devem assegurar à criança e ao adolescente uma educação de qualidade, assistência médica, moradia. Todavia, o ECA é sem dúvida o mais avançado documento que o Brasil já teve em relação à criança e ao adolescente. O Estatuto da Criança e Adolescente resgata o valor da criança e do adolescente como seres humanos – sujeitos de direitos – que devem receber o máximo de dedicação, em virtude de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento (SOARES GOMES, 2016).

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência, o local deste relato foi uma ONG de Braço do Norte SC. Este trabalho foi desenvolvido por estagiarias do curso de Psicologia do UNIBAVE, referente ao estágio obrigatório no campo sócio educacional. A população de estudo foram crianças e adolescentes de 8 a 14 anos matriculado e frequentado ASACAD, no qual participam de atividades diárias nesta instituição.

Resultados e Discussões

Além do reforço escolar, a ASACAD oferece aulas de dança, música, judô, futsal, voleibol e caratê. No dia-dia observamos que crianças e adolescentes que

participam destas atividades são extremamente motivadas, ressaltamos que a instituição tem um veículo próprio onde faz o transporte das mesmas para estas aulas.

O profissional de Educação Física deve conhecer as fases de desenvolvimento psicomotor e disponibilizar outras formas de brincadeiras, jogos lúdicos apropriados não somente a idade e a fase que cada criança se encontra, mas também fazer a inicialização do indivíduo ao esporte. A partir disso, o professor é capaz de oportunizar ao aluno na possibilidade dele vir a ser um atleta e o interesse de envolver-se com práticas esportivas e não mais como antigamente era compreendida a educação física, de forma obrigatória, instrumental e competitiva. Educar não somente para que passem de ano ou que sejam os melhores alunos das classes, mas sim que aprendam para a vida (HALABE, 2017).

Para Bayer (1994), no ensino de jogos coletivos há duas correntes: uma faz uso de métodos tradicionais, aonde pela memorização e repetição se chega aos modelos culturalmente desenvolvidos dos jogos praticados; a outra corrente usa métodos ativos, ou seja, consideram o interesse dos educandos favorecendo uma adequação do esporte ao potencial ou nível dos praticantes.

Como forma de atender as necessidades apresentadas pelos alunos, que exigem cada vez mais a utilização das novas tecnologias, compreendeu-se que um ensino diferenciado era necessário, e esse ensino tem como consequência a formação de indivíduos capazes de pensar de forma coletiva na sociedade (MOREIRA, 2017).

De acordo com Strazzacappa (2001, p.69), “o indivíduo age no mundo através de seu corpo, mais especificamente através do movimento”. É o movimento corporal que possibilita às pessoas se comunicarem, trabalharem, aprenderem, sentirem o mundo e serem sentidos.

Em relação à dança, depreendeu-se que ela aparece muito cedo nas crianças, pois elas são vistas realizando vários tipos de ritmos e coreografias, motivadas principalmente pelas músicas e danças da moda, mas percebeu-se, também, que ela logo perde essa virtude, seja por timidez, oposição dos pais e muitas vezes pela falta de instrução de profissionais que deixam de trabalhar a dança pelos mais diversos motivos (MOREIRA, 2017).

As estagiarias no primeiro semestre participaram de algumas destas atividades, uma das atividades foi uma palestra sobre Drogas, percebe-se que a ASACAD tem a preocupação de informar e orientar crianças e adolescentes sobre temas atuais.

A adolescência é um período de vulnerabilidade e que os jovens estão se descobrindo, com a personalidade em formação e a curiosidade aguçada a experimentar coisas novas. É nesse desejo por experimentar que eles muitas vezes vão ao encontro das drogas. Esses adolescentes são influenciados facilmente, principalmente por seu ciclo de amizade e, um dos locais de maior socialização entre eles é a escola, sendo ela frequentemente sujeita a práticas ilícitas, como a venda e uso de drogas psicoativas, substâncias químicas prejudiciais a saúde com grandes consequências sociais, psicológicas e fisiológicas. Nesse sentido, faz-se necessário que os educadores juntamente com a escola atuem através de um processo de sensibilização, proporcione informação, conhecimento e orientação, possibilitando aos docentes uma reflexão, o desenvolvimento do pensamento crítico, a obtenção de valores e conhecimentos para a vida, atuando na formação de cidadãos críticos, reflexivos, conscientes e responsáveis por suas ações (JÚNIOR, 2016).

Outra atividade sócio educativa que as estagiarias vivenciaram foi uma dramatização que envolveu crianças e adolescentes com arte do circo, as crianças se vestiram de palhaço e puderam dramatizar cenas do circo, foi trabalhado os sentimentos de acolhimento e rejeição em relação ao palhaço, esta prática fez com que crianças e adolescentes se colocassem no lugar dos outros, já que primeiramente o palhaço foi humilhado e ofendido e posteriormente o palhaço recebeu elogios e sua postura ficou mais feliz.

O Psicodrama, desenvolvido por Moreno (1983), foca no indivíduo sem dispensar a sua relação com o meio e a sociedade. Inicialmente desenvolveram-se atividades interativas, dinâmicas, interpessoais e jogos de papéis, buscando a espontaneidade dos participantes, através de atividades lúdicas no contexto da educação infantil e os reflexos dessa prática em seu desenvolvimento global. Assim, esperamos que a escola passe a valorizar atividades lúdicas que despertam o interesse das crianças, não só na educação infantil como também no ensino fundamental, para aos poucos ir desconstruindo a arraigada crença que dificuldades de aprendizagem sempre estão atrelados a problemas individuais e familiares do aluno, o que contribui muito para diagnósticos equivocados e desnecessários (DE SOUZA, 2016).

As estagiarias também colaboram com a instituição, na homenagem do Dia das Mães e na festa Junina, salientamos a importância do envolvimento e comprometimento das estagiarias com a instituição, estabelecer vínculos com

funcionários, demonstrar disponibilidade gera confiança e segurança na equipe de trabalho em relação ao estágio sócio Educacional.

De acordo com Bennis (1996) o clima organizacional é definido como um conjunto de valores ou atitudes que afetam a maneira como as pessoas se relacionam umas com as outras e com a organização (VIEIRA, 2016).

As demais práticas no estágio foi em conjunto com os profissionais da ASACAD, percebemos que as crianças e adolescentes matriculadas demonstram um comportamento adequado tanto com as acadêmicas como com os profissionais da ASACAD. Pode se perceber o respeito que elas têm com os professores, e como os professores impõem regras e as crianças e adolescente a respeitam.

O processo de adaptação pode ser considerando como um momento único, delicado e desafiador para os envolvidos nele. A criança, ao ingressar na escola, deixa de ter apenas seus familiares como ponto de referência, ela amplia suas relações com os professores, colegas, entre outros. Assim elas criam um vínculo com outras pessoas e isso é um dos aspectos que vai influenciar no sucesso de uma boa adaptação escolar. Percebe-se, então, que a adaptação é uma construção complexa que exige muita dedicação, compreensão, paciência daqueles que estão submersos nesse processo (DOS SANTOS, 2016).

Considerações Finais

Durante a realização do estágio fomos bem recebidas por todos os funcionários na instituição, conduzindo e explicando sobre como funciona e quais regras os alunos devem seguir, e como é o dia-dia de todos no ASACAD. A equipe de trabalho da ONG informou a dinâmica de alguns projetos que já estavam acontecendo e como eles iriam proceder ao longo do ano.

Pelas nossas observações, vivências e pelo próprio contato com a coordenadora, consideramos que há uma certa fragilidade em relação a valores e regras para uma boa convivência. Com isso, percebemos a necessidade de desenvolver um trabalho onde eles possam saber o que são esses “valores” e como devem ser seguidos diante a sociedade, desta forma crianças e adolescentes poderão refletir sobre o respeito aos professores e colegas, a importância disso dentro das suas casas e como isso influencia em seu desenvolvimento pessoal.

Durante o estágio também pudemos perceber que a instituição zela muito pela educação das crianças e dos adolescentes, utilizando atividades sócio educativas

como palestras, dinâmicas, brincadeiras dirigidas e diversos recursos que contribuem para o despertar de uma cidadania.

O estágio no campo sócio educacional proporciona momentos do cotidiano, entendemos na prática o conceito das novas configurações familiares, vivenciamos comportamentos agressivos e de alegria. Na psicologia social comunitária percebemos que não existe hora marcada e nem lugar definido para intervenções psicossociais para melhorar a qualidade de vida e estimular uma boa convivência entre as pessoas.

Referências

ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. (2006). **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGrawHill.

ALVES, Layane Pereira; SANTOS, Vinicius Silva; SANTOS, Jacques Fernandes. infância, vulnerabilidade e situação de risco em Paulo Afonso–Bahia. **Revista Científica da FASETE**, 2016.

BAYER, C. **O ensino dos desportos coletivos**. Lisboa: Dinalivros, 1994.

BENNIS, Warren. **A formação do líder**. São Paulo: Atlas, 1996.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho, 1990.

BRASIL. Plano Nacional de Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. **Diário Oficial da União. Brasília DF, 2006**.

BROGIN, Andréa de Bittencourt. **De implantação da padronização nas rotinas; de Criciúma SC**. Universidade do extremo Sul Catarinense- Unesc, curso de administração-linha de formação específica em administração de empresas. 2015.

CAMPOS, R. H. de F. (Org.). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

DE SOUZA, Carla Regina Alves; INSFRÁN, Fernanda Fochi Nogueira. Remédio pra quê? eu quero é externar meus sentimentos! crítica a medicalização no ambiente escolar. **Anais Seminário Internacional, A Educação Medicalizada**, 2016.

DIAS, Carolina Nascimento; PEREIRA, Eliane Regina. Hip Hop na ONG: os sentidos produzidos por crianças e adolescentes em oficinas de danças. **Horizonte Científico**, v. 10, n. 1. 2016.

DOS SANTOS, Cassia Adeli Zachow; Seger, Cláudia Maria. Adaptação na educação infantil: desafios a serem entendidos e enfrentados pelos envolvidos no processo. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 2, 2016.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. "**Organização Não Governamental (ONG)**"; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/geografia/organizacao-nao-governamental-ong.htm>>.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Os Sem-Terra, ONGs e Cidadania: a sociedade civil brasileira na era da globalização**. São Paulo: Cortez, 1997.

GÓIS, C. W. **Noções de psicologia comunitária**. 2. ed. Fortaleza: UFC, 1993.

GONÇALVES, Mariana Alves; PORTUGAL, Francisco. Análise histórica da psicologia social comunitária no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, 2016.

GUARÁ, I.M.F.R. Educação, proteção social e muitos espaços para aprender. In: SAWAIA, B.B., et al. (Eds.), **Muitos Lugares para Aprender**. São Paulo, CENPEC, p.31-51, 2003.

JÚNIOR, Welton Alves Ribeiro et al. Prevenção ao uso de drogas no ambiente escolar: ações do pibid no processo de sensibilização e conscientização. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 14, n. 1 esp., p. 31-42, 2016.

HALABE, Cássio Coutinho et al. Os professores de educação física e suas práticas pedagógicas: reflexões sobre os métodos de ensino e aprendizagem da modalidade handebol. **Form@re. Revista do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica/Universidade Federal do Piauí**, v. 4, n. 1, 2017.

LIMA, Maria Priscila Rodrigues de. **Análise do exercício profissional do assistente social nas organizações não-governamentais: uma reflexão a partir da experiência do estágio supervisionado**. 2016.

MACHADO, Maria Rejane. **Entidades beneficentes de assistência social – Contabilidade, obrigações acessórias e principais** - 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2009.

MACHADO, Mônica Sperb; SCOTT, Juliano Beck; Siqueira, Aline Cardoso. Crianças institucionalizadas e suas famílias de origem: as imagens sociais e seus reflexos na garantia de direitos. **Revista brasileira de iniciação científica**, v. 3, n. 6, 2016.

MAFRA, Rayssa Pinheiro Emerenciano. **Ações integradas de psicologia e educação em uma ONG voltada para o desenvolvimento da cidadania**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2006.

MORENO, J. L. **Fundamentos do psicodrama**. São Paulo: Summus, 1983.

MOREIRA, Ana Paula. O uso dos recursos midiáticos nas aulas de basquete street escolar1. **Revista Magsul de Educação Física na Fronteira**, v. 1, n. 1, p. 151-157, 2017.

PEREIRA, Eleonora; DIOGO, Nara Maria Forte. Interfaces entre psicologia social comunitária e psicodrama. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 2, p. 145-160, 2009.

PÖPPER, Janice Alen; DIAS, Jussara Marques de Medeiros. Contexto histórico do código do menor para o estatuto da criança e adolescente. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 2, n. 1, p. 389-389, 2016.

SILVA, Renata Hahn da. **A atuação do terceiro setor no desenvolvimento individual e coletivo: um estudo de caso da ONG Casa da Fraternidade localizada no município de Araranguá/SC**. 2015.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SOARES GOMES, Maria de Lourdes; DIAS, Jussara Medeiros. A Construção histórica dos direitos da Crianças e dos Adolescentes no Brasil. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 2, n. 1, p. 387-387, 2016.

STRAZZACAPPA, Márcia. A educação e a fábrica de corpos: a dança na escola. **Cadernos Cedes**, v. 21, n. 53, p. 69-83, abr. 2001.

TELES, Maria Luiza Silveira. **O que é Psicologia**. Editora Brasiliense. São Paulo, 2003.

VIEIRA, Alexandre de Almeida Cunha Dias. **Satisfação no trabalho e comprometimento institucional dentre os funcionários do setor de logística em uma empresa de coleta de resíduos sólidos**. 2016.

APLICAÇÃO DE RADIOFÁRMACOS PARA DIAGNÓSTICO E SEUS AVANÇOS NA MEDICINA NUCLEAR

Estudos e Experiências em Saúde

Amanda Cardoso Schneider¹; Dyana Carara De Souza¹; Francieli Albino Rosa¹; Monique Gonçalves da Silva¹; Luciano Giassi¹

¹Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. E-mail: francieli_bn@hotmail.com

Resumo: Neste artigo, será apresentado um breve ensaio descritivo sobre a descoberta da radiação, e os tipos de radiação: alfa, beta e gama, porém, a principal abordagem se refere ao uso dos radiofármacos para diagnóstico. Um radiofármaco é uma substância que contém radiação que pode ser utilizada no diagnóstico e tratamento de seres vivos, qualquer que seja a via de administração utilizada. A maioria dos procedimentos realizados, atualmente, em Medicina Nuclear tem finalidade diagnóstica. A Medicina Nuclear é uma especialidade médica que utiliza técnicas para gerar imagens do corpo e tratar doenças. Além de revelar dados sobre a anatomia, expõe dados sobre a função dos órgãos. Serão apresentadas as características físicas ideais do tecnécio-99m que é um radionuclídeo que contém utilização em Medicina Nuclear Diagnóstica.

Palavras-chave: Radiofármaco. Diagnóstico. Tecnécio-99m. Radionuclídeo.

Introdução

Historicamente, os radiofármacos começaram a ser utilizados em 1905, após a descoberta, em 8 de novembro de 1895 de Wilhelm Conrad Roentgen em seu laboratório, com apresentação pública de sua descoberta em 6 de janeiro de 1896. O primeiro uso de radionuclídeos em humanos ocorreu em 1927, mais tarde, em 1938, estudos como de Hertz, Roberts, Evan sobre a função da tireoide com o uso de iodo-121 marcaram o início do uso sistemático dos radionuclídeos na clínica médica (OLIVEIRA; LEÃO, 2008).

A descoberta da radioatividade trouxe importantes contribuições para a sociedade, dentre essas à energia elétrica provida das usinas nucleares. O uso da radioatividade na medicina pode ser utilizada como diagnóstico e tratamentos de enfermidades, e também na agricultura e indústrias. Mas além de seus benefícios para a sociedade, tem seus riscos, como a criação de armamentos nucleares e os acidentes nucleares. A radioatividade consiste na emissão de partículas por núcleos

de átomos instáveis, esses átomos tem em sua estrutura nuclear um desequilíbrio entre o número de prótons e nêutrons, os três principais tipos de emissão radioativa são: partículas alfa, beta e gama, essas reações envolvem o núcleo dos átomos que liberam uma energia muito maior do que as reações químicas (OLIVEIRA, 2006).

A captação do radiofármaco no órgão alvo deve ser seletiva, de modo a minimizar os efeitos secundários, que são uma das grandes desvantagens da radioterapia externa em que é delicado controlar a dose de radiação fornecida. No caso da radioterapia externa, os tecidos saudáveis estão também expostos a elevadas doses de radiação, o que pode aumentar a incidência de leucemias e câncer secundário. A radioatividade derivada de núcleos atômicos, como as do Césio 137 e Urânio 235, é extraída por meio de refinamento, que por sua vez pode ser prejudicial à saúde quando não for manuseada corretamente. Pode auxiliar em tratamentos médicos, sendo sua energia liberada em forma de partículas: alfa e beta ou através de ondas eletromagnéticas, chamada de radiação gama.

Em 1980, o uso de radiofármacos no diagnóstico de patologias cardíacas e o desenvolvimento de computadores, contribuíram para um considerável aperfeiçoamento no processo diagnóstico. Nos dias atuais, tomógrafos como *Pósitron Emission Tomography* (PET) e o *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) permitem inúmeros procedimentos em Medicina Nuclear, possibilitando gerar informações em praticamente todos os sistemas anatômicos e fisiológicos do corpo humano (CASTRO JUNIOR, 2010).

Os radiofármacos tem uso terapêutico importante para o tratamento do hipertireoidismo e também para alívio da dor em certos tipos de câncer nos ossos. Em geral, existe quase uma centena de diferentes exames de medicina nuclear disponíveis, incluindo estudos cerebrais, diagnóstico e tratamento de tumores, e de todos os sistemas dos principais órgãos do corpo. Os exames são realizados através da absorção pelo corpo (via injeção, oral ou inalação) de uma pequena quantidade de material radioativo (radioisótopo) (MUELLER; SCHEIDT; JACINTO, 2011). Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi apresentar um ensaio descritivo sobre a descoberta da radiação, e os tipos de radiação: alfa, beta e gama, abordando, principalmente, o uso dos radiofármacos para diagnóstico.

Procedimentos Metodológicos

Neste trabalho, para atender o objetivo proposto, realizou-se uma busca de artigos científicos na base de dados *Scielo* e da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), utilizando-se os seguintes descritores: “Radiofármacos para diagnóstico” “Radioatividade” “História da Radiação” “Diagnóstico por Radiofármacos”. Feita a busca dos artigos científicos, para a seleção dos mesmos, fez-se a leitura dos títulos, sendo os artigos que não apresentavam em seus títulos a relação com o tema proposto, excluídos. Após a busca, selecionamos 12 artigos, 2 apostilas da CNEN e 1 livro para a elaboração do artigo.

História

Hoje temos muito conhecimento sobre radiação, sendo seus primeiros estudos realizados por Wilhelm Conrad Röntgen, professor de física na Universidade de Würzburg, na Alemanha, que descobriu uma nova espécie de radiação produzida pela passagem de uma corrente elétrica por um tubo de vidro sob vácuo, e que embora invisível a olho nu, produzia fluorescência ao incidir sobre um papel impregnado por cianureto de bário e platina. Mais impressionante era a capacidade destes raios para atravessar corpos sólidos (madeira, papel, partes do corpo humano), com maior ou menor intensidade, dependendo da natureza do material.

Röntgen realizou muitos estudos até fazer a descoberta do Raio-X em novembro de 1895, sua primeira radiografia foi retirada da mão de sua esposa em dezembro do mesmo ano (PRADO, 2015). Ao colocar sais de urânio sobre uma placa fotográfica em local escuro, verificou que a placa escurecia, ficando preta. Os sais de urânio emitiam uma radiação capaz de atravessar papéis negros e outras substâncias opacas à luz. Estes raios foram denominados, a princípio, de Raios de Becquerel, em sua homenagem, ou Raios de urânio. Becquerel estudou a fosforescência invisível (no infravermelho) de várias substâncias (AQUINO; AQUINO, 2012).

Marie Curie deu continuidade aos estudos de Henri Becquerel, sobre raios emitidos através do composto urânio. Em setembro de 1903, Marie Curie recebeu o título de doutora em ciências físicas com menção honrosa e o Prêmio Nobel de Física junto com Pierre e Henri Becquerel pelas suas descobertas no campo da radioatividade, fenômeno muito pouco conhecido naquela época. Marie e seu esposo Pierri, descobriram o elemento Polônio (Po) e Rádio (Ra), e foram os primeiros a usar o nome radioatividade (AQUINO; AQUINO 2012).

Radioatividade

A radioatividade foi descoberta em 1896, pela propriedade dos compostos de urânio de impressionarem chapas fotográficas. O esquecimento de uma rocha de urânio sobre um filme fotográfico virgem levou à descoberta de um fenômeno interessante: o filme foi marcado por alguma coisa que saía da rocha, denominado raios ou radiações. Outros elementos químicos com massas próximas à do urânio, como o rádio e o polônio, também tinham a mesma propriedade. O fenômeno foi denominado radioatividade e os elementos que apresentavam essa propriedade foram chamados de elementos radioativos.

Um elemento químico radioativo é aquele que é capaz de emitir radiações fortes a ponto de, por exemplo, produzir a fluorescência. O fenômeno de emissão ocorre quando o átomo se encontra com excesso de partículas e/ou cargas precisando assim liberar energia na forma de radiação para se estabilizar. A radioatividade pode ser espontânea ou induzida, a primeira é um processo natural que ocorre em elementos e seus isótopos encontrados naturalmente, já o segundo caso se trata de um processo artificial provocado por transformações nucleares, geralmente em reatores (PRADO 2015).

Radiação alfa (α)

As radiações alfa são constituídas por dois prótons e dois nêutrons, e da energia a elas associada e são as que têm o menor poder de penetração e uma alta taxa de ionização. São inofensivas para exposições externas, pois não conseguem atravessar as primeiras camadas epiteliais. O corpo da pessoa contaminada passa a ser uma fonte radioativa quando os radionuclídeos são ingeridos ou inalados, por mecanismos de contaminação natural ou acidental. As radiações alfa, quando em grande quantidade, podem causar danos significativos na mucosa que protege o sistema respiratório e gastrointestinal e nas células dos tecidos adjacentes (CNEN, 2017).

Radiação beta (β)

A radiação beta é constituída de partículas emitidas por um núcleo, quando da transformação de nêutrons em prótons (partículas beta) ou de prótons em nêutrons (pósitrons). O poder de penetração destas partículas é pequeno e depende de sua energia. Para o tecido humano, consegue atravessar espessuras de alguns

milímetros, podendo ser usada em procedimentos médicos na superfície da pele, mas pode ser detida com uma folha de alumínio com 1 mm de espessura (CNEN, 2017).

Radiação gama (γ)

A radiação gama geralmente ocorre após a emissão de uma partícula alfa (α) ou beta (β), sendo que o núcleo resultante desse processo, ainda com excesso de energia, procura estabilizar-se, emitindo esse excesso em forma de onda eletromagnética, da mesma natureza da luz. (CNEN, 2017). Embora a radiação gama apresente um menor poder ionizante, o seu elevado poder penetrante faz da radiação γ a mais perigosa para o ser humano. Enquanto as radiações α e β são travadas, geralmente, pela superfície da pele, a radiação γ consegue penetrar e atravessar o corpo, causando danos em nível celular por onde passa o que pode conduzir a uma maior incidência de câncer. As radiações γ com energias entre 3 e 10 MeV são as mais perigosas biologicamente, uma vez que o corpo é relativamente “transparente” à esse tipo de radiação (LIMA, 2014).

Ainda segundo Lima (2014), apesar do nível de periculosidade, a radiação γ tem muitas outras aplicações, como ser utilizada para esterilizar equipamentos médicos e alimentos, pois elimina todos os organismos vivos; na medicina pode ser utilizada no tratamento de certos tipos de cânceres (mata as células cancerosas) e, também, em diagnósticos, em que é administrada ao doente uma pequena quantidade de um radionuclídeo, em geral tecnécio-99, ^{99m}Tc , emissor de radiação γ . Ainda pode ser utilizada como emissores gama em “scanners” de forma a detectarem o conteúdo de veículos de transporte de mercadorias ou de contentores em portos marítimos, sendo que, os radionuclídeos mais utilizados são o cobalto-60 (^{60}Co) e o césio-135 (^{135}Cs).

Medicina Nuclear

A Medicina Nuclear é uma especialidade médica que utiliza técnicas para gerar imagens do corpo e tratar doenças. Além de revelar dados sobre a anatomia, expõe dados sobre a função dos órgãos. Os exames de medicina nuclear frequentemente detectam precocemente anormalidades na função ou estrutura de um órgão, possibilitando que algumas enfermidades sejam tratadas nos estágios iniciais, quando há um melhor prognóstico. Os exames podem avaliar danos fisiológicos no coração,

restrição do fluxo sanguíneo no cérebro, além do funcionamento de outros órgãos, como a tireoide, rins, fígado e pulmões (MUELLER; SCHEIDT; JACINTO, 2011).

A quantidade de material radioativo utilizado é medida especificamente para garantir os resultados mais precisos dos exames, limitando, ao mesmo tempo, a quantidade de exposição à radiação. Após administração de radiofármacos a câmara (gama-câmara, PET scanner...) possui detectores que podem captar a imagem dos materiais radioativos dentro do corpo (MUELLER; SCHEIDT; JACINTO, 2011).

Radiofármacos

Um radiofármaco é uma substância que possui determinada quantidade de radiação, que pode ser utilizada no diagnóstico e tratamento de seres vivos, qualquer que seja a via de administração utilizada. A maioria dos procedimentos realizados atualmente em Medicina Nuclear tem finalidade diagnóstica. Nos exames diagnósticos os pacientes recebem uma dose de um radiofármaco composto por um radionuclídeo gama, e são examinados por um equipamento capaz de detectar a radiação e convertê-la em uma imagem que representa o órgão ou sistema avaliado (ARAÚJO, 2005).

A cintilografia emprega o iodo como composto radioativo, o que permite observar a distribuição do radiofármaco no organismo do paciente. A tomografia permite a aquisição de imagens em cortes, possibilitando a avaliação de um tipo de órgão em toda sua profundidade. Existem dois métodos tomográficos para aquisição de imagens na Medicina Nuclear, um deles é o *SPECT*, que é uma tomografia computadorizada de emissão de fóton único que utiliza os seguintes radionuclídeos emissores γ : ^{99m}Tc – ^{123}I – ^{67}Ga – ^{201}Tl . Já a outra técnica, denominada *PET*, produz imagens tridimensionais e tomográficas da distribuição no organismo de radioisótopos emissores de pósitrons, sendo que os pósitrons emitidos são aniquilados ao se chocarem com elétrons das nuvens eletrônicas das moléculas formadoras dos tecidos. A seguir seguem algumas aplicações das técnicas PET e SPECT:

- Diagnóstico diferencial, principalmente em Alzheimer, demências de múltiplos infartos, estados depressivos em idoso;
- Diagnóstico diferencial entre doença de Alzheimer e demência generalizada no córtex;

- Avaliação pré-cirúrgica de doentes com epilepsia;
- Demonstração in vivo;
- Diagnóstico diferencial entre linfoma do SNC e granuloma.

Tecnécio-99m

O tecnécio-99m é um radionuclídeo que apresenta características físicas ideais para utilização em Medicina Nuclear Diagnóstica: é mono-emissor gama de baixa energia (140 keV), possui tempo de meia-vida físico relativamente curto (6,02 h, ou seja, a cada intervalo de 6,02 h a atividade de uma amostra de tecnécio- 99m decai pela metade), e não emite radiação do tipo particulada (α ou β^-). Essas características físicas, em conjunto, possibilitam a aquisição de imagens cintilográficas com excelente resolução, utilizando-se os equipamentos de detecção de radiação atualmente disponíveis, sem comprometimento dosimétrico para o paciente. Assim, a grande maioria dos radiofármacos utilizados atualmente é preparada a partir desse radionuclídeo. O tecnécio-99m é produto do decaimento radioativo do molibdênio-99. Cerca de 87,5% dos átomos de ^{99}Mo de uma amostra desintegram-se por emissão de radiação β^- e originam núcleos de $^{99\text{m}}\text{Tc}$ que, por sua vez, desintegram-se por emissão de radiação gama para originar o ^{99}Tc , o qual se desintegra a ^{99}Ru estável (OLIVEIRA, 2006).

Quando o tecnécio-99m é administrado ao paciente, essas moléculas reconhecem e se ligam às células tumorais, possibilitando o diagnóstico precoce do câncer bem como o acompanhamento de recidivas pós-tratamento. Tais radiofármacos são chamados de receptor-específico (COMET; VIDAL, 1998).

A determinação de formas de $^{99\text{m}}\text{Tc}$ com outros estados de oxidação, considerados impurezas radioquímicas, é importante, porque durante o processo de marcação dos radiofármacos pode dar origem a compostos com características biológicas diferentes daquelas desejadas (MARQUES et al., 2001).

Radiofármacos na Radioterapia

A radioterapia tem uma ampla utilização no tratamento de câncer, sendo que mais de 60% dos tumores malignos tem indicação de tratamento com radiação. Seu objetivo é eliminar as células malignas por meio da morte celular ou impedir sua multiplicação por meio de radiações ionizantes, sendo curativa ou paliativa. A radiação ionizante é capaz de remover um elétron orbital de um átomo ou transportar elétrons

para níveis energéticos superiores (órbitas mais externas), acarretando sua excitação ou ativação (INCA, 2007).

Cinética da desintegração

Todos os elementos radioativos se desintegram, uns demoram mais tempo outros menos, ou seja, tem seu tempo de Meia-vida, que é o tempo necessário para a atividade de um elemento radioativo ser reduzida à metade da atividade inicial. Isso significa que, para cada meia-vida que passa, a atividade vai sendo reduzida à metade da anterior, até atingir um valor insignificante, que não permite mais distinguir suas radiações das do meio ambiente. Em cada decaimento, os núcleos emitem radiações dos tipos alfa, beta ou gama e cada um deles é mais “organizado” que o núcleo anterior. Um exemplo é o iodo-131 que é utilizado em exame para o diagnóstico da tireoide, que possui um tempo de meia vida de oito dias. Após a aplicação desse radiofármaco o paciente pode ir para casa, sem causar danos a ele e à família, o iodo-131 será eliminado via fezes, suor e urina, a urina deve ser armazenada no depósito de rejeito hospitalar, até que possa ser liberado para o esgoto comum. O iodo-131 continua o decaimento normal até ser totalmente eliminado (CNEN, 2017). No quadro 1 há uma descrição de radionuclídeo e seu tempo de meia-vida.

Os materiais que apresentam algum nível de toxicidade ao ser humano ou ao meu ambiente devem passar primeiro por um tratamento para depois serem descartados. Os rejeitos de meia-vida curta são armazenados em locais apropriados, até sua atividade atingir um valor semelhante ao do meio ambiente, podendo, então, ser liberados. As luvas, sapatilhas e aventais contaminados, são colocados em sacos plásticos e guardados em tambores ou caixas de aço, após classificação e respectiva identificação (CNEN, 2017).

Quadro 1 - Radionuclídeos para diagnóstico

Radionuclídeo	Tempo de meia-vida
^{99m}Tc	6h
^{131}I	193 h
^{123}I	13 h
^{67}Ga	78 h
^{111}In	67 h
^{201}Tl	73 h
^{11}C	20,4 min
^{13}N	10 mi
^{15}O	2,07 min

^{18}F	110 min
^{124}I	4,2 dias
^{64}Cu	13 h

Fonte: Oliveira et al., 2006.

Radiofármacos no diagnóstico

Os radiofármacos, que se destinam ao diagnóstico clínico, têm características físico-químicas que apresentam afinidade e especificidade por diferentes órgãos e sistemas, tendo em sua composição um radionuclídeo emissor gama (γ), pois radiação gama apresenta baixo poder de ionização e grande penetrabilidade, conseguindo atravessar os tecidos e ser detectada externamente (PRADO, et al., 2015). O tecnécio-99m é um dos radiofármacos mais utilizados para o diagnóstico, pois apresenta características físico-químicas, tempo de meia vida ideal, emissão de radiação gama, baixo custo e não causa tanto mal ao paciente. No quadro 2, apresentam-se alguns radiofármacos e suas respectivas aplicações.

O objetivo dos radiofármacos criados para se ligarem a receptores é identificar as alterações na concentração dos mesmos em tecidos biológicos, especificamente em tecidos tumorais, onde há várias alterações bioquímicas, tais como, elevadas taxas de glicólise aeróbia e anaeróbia quando comparadas com as encontradas em tecidos normais. Assim, quando o paciente toma uma glicose marcada com flúor ela se concentra no local onde está sendo gasta mais energia, ou seja, onde há uma grande concentração de células tumorais, pois essas possuem fisiologia e taxa metabólica alterada, consumindo mais energia. (PRADO, et al., 2015).

Quadro 2 - Radiofármacos de perfusão para diagnóstico clínico

RADIOFÁRMACO	APLICAÇÕES	
$^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Pertecnetato de sódio ^{131}I -iodeto de sódio ^{123}I -iodeto de sódio	Agentes da tireoide	Carcinoma da tireoide e metástases e hipertireoidismo.
$^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HMPAO (Ceretek®) $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ECD (Neurolite®) ^{111}In -DTP	Agentes cerebrais	Avaliação da função cerebral Sequelas de trombose; Estudo do líquido cefalorraquidiano.
$^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Sestamibe (Cardiolite®) $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Tetrofosmina (Myoview®) $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Q12 (TechneCard®) $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -PYP (TechneScan PYP®) ^{201}Tl -cloreto de tálio	Agentes cardíacos	Avaliação e localização da isquemia e necrose tecidual no enfarte do miocárdio; Estudo de perfusão do miocárdio.
^{67}Ga -citrato de gálio ^{18}F -FDG	Agentes tumorais	Tumores primários como doença de Hodgkin, linfomas, tumor dos pulmões e

		<p>melanoma. Localização de doença inflamatória aguda e infecções;</p> <p>Tumores da cabeça e pescoço, tumor dos pulmões, linfoma, estudo do metabolismo do cérebro e coração.</p>
^{99m} Tc-lidofenina (TechneScan®) ^{99m} Tc-mebrofenina (Choletec®) ^{99m} Tc-desofenina (Hepatolite®) ^{99m} Tc-enxofre coloidal (TechneColl®)	Agentes hepatobiliares	<p>Avaliação da função hepática, dutos e vesícula biliar.</p> <p>Avaliação da função hepatobiliar</p>
^{99m} Tc-glico-heptonato (Glucoscan®, TechneScan Glucoheptonate®) ^{99m} Tc-DMSA ^{99m} Tc-MAG3 ^{99m} Tc-DTPA	Agentes renais	<p>Morfologia renal</p> <p>Morfologia e função renal</p> <p>Morfologia renal, avaliação do fluxo renal e taxa de filtração glomerular. Detecção de lesões cerebrais vasculares e neoplásicas</p>
^{99m} Tc-MDP (TechneScan MDP®, Osteolite®) ^{99m} Tc-HDP (OsteoScan HDP®)	Agentes ósseos	Detecção de zonas com osteogênese alterada e metástases de tumor pulmonar, mama e próstata.
^{99m} Tc-MAA (Pulmolite®, TechneScan MAA®, Macrotec®)	Agentes pulmonares	Avaliação da circulação pulmonar. Avaliação do sistema circulatório.
^{99m} Tc-RBC ^{99m} Tc-leucócitos ^{99m} Tc-plaquetas	Agentes hematológicos	<p>Avaliação do pool sanguíneo, estudo do funcionamento ventricular, detecção de hemorragias, estudo do baço.</p> <p>Localização de infecção e inflamação</p> <p>Detecção de trombose venosa.</p>

Fonte: Veira et al, 2006.

Os fatores que influenciam na interação dos radiofármacos com os receptores são os seguintes:

- Depuração plasmática: os compostos para ligação aos receptores (peptídeos, esteroides, neurotransmissores) são de pequenos tamanhos e eliminados rapidamente da corrente sanguínea;
- Atividade específica: é necessária elevada atividade específica, uma vez que os receptores apresentam baixa concentração, de modo a evitar a sua saturação com os ligantes “frios”;
- Afinidade e Especificidade: o radiofármaco deve ter elevada afinidade para determinado receptor e muito pouca afinidade para os restantes.

Precauções operacionais e com o paciente

Para a utilização de substâncias radioativas para fins diagnósticos, há a necessidade de técnicos responsáveis (físico e médico nuclear) autorizados pela Comissão Nacional de Energia Nuclear. Além disso, é necessária a aprovação de um plano de proteção radiológica pelos órgãos competentes, onde constam as medidas para se evitar exposições radioativas desnecessárias e ainda o gerenciamento dos resíduos radioativos (CNEN, 2017).

Para a realização do exame de medicina nuclear, o paciente recebe uma injeção com o material radioativo recomendado para o tipo de exame especificado pelo médico. Às vezes, o material radioativo tem de ser ingerido ou inalado.

O processo de cintilografia é indolor e não exige posições incômodas. O paciente apenas fica imóvel em uma maca especial e confortável, que faz parte do equipamento, enquanto um detector se movimenta ao longo da área de exame, recebendo os impulsos radioativos, que são transformados em imagens digitais. A maioria dos procedimentos emprega a administração endovenosa de um composto radioativo, que por sua vez não provoca qualquer reação adversa ou colateral e não produz alergia ou desconforto ao paciente (WEISSLEDER; RIEUMONT; WITTENBERG, 2004).

Controle de qualidade

O controle de qualidade de radiofármacos envolve um conjunto de medidas e análises física, química e biológica, destinadas a verificar a qualidade de cada lote de medicamentos, para que satisfaçam às normas de atividade, pureza, eficácia e inocuidade. Controles físicos e físico-químicos envolvem análises organolépticas tais como: cor, limpidez ou turbidez da solução, ausência ou presença de partículas em suspensão para soluções ou em dispersões coloidais respectivamente, a determinação do tamanho das partículas como filtração através de membranas, filtração em gel, espalhamento da radiação laser ou microscopia (BRITO, 2004).

No controle químico, a pureza química pode ser definida como a fração do material na forma química desejada. As impurezas químicas originam-se de reagentes impuros ou que tenham sofrido decomposição, ou ainda de impurezas introduzidas através do próprio processo de purificação, como os adsorventes utilizados em cromatografia, tal como a presença de Al^{+3} no eluato de ^{99m}Tc , ou impurezas geradas pelo material utilizado na embalagem do produto final. As impurezas ocorrem devido

à decomposição por ação do solvente, mudanças na temperatura, pH, luz, presença de agentes redutores, oxidantes e radiólise da água por absorção da energia emitida, gerando a formação de peróxido de hidrogênio e radicais livres, que geram a decomposição de outras moléculas marcadas (BRITO, 2004).

O controle de qualidade biológico envolve quatro determinações. A esterilidade, condição fundamental para toda preparação de uso parenteral, pode ser obtida com autoclavagem da preparação radiofarmacêutica, sendo válida apenas para soluções aquosas e estáveis ao calor. As preparações lipofílicas e radiofármacos termolábeis, tais como as proteínas iodetadas, não podem ser autoclavadas (BRITO, 2004).

Considerações Finais

Desde a descoberta da radioatividade até os dias atuais muito se evoluiu na técnica de utilização de radiofármacos. Em menos de 100 anos, os avanços têm sido extensos na área de medicina nuclear de diagnóstico e terapia. O Tecnécio-99m mostrou ser um radiofármaco de grande destaque, por possuir um tempo de meia vida relativamente curto e ser de baixo custo, sendo muito utilizado no diagnóstico.

O uso de radiofármacos no Brasil cresce cada dia mais e os benefícios que os pacientes usufruem são, principalmente, no diagnóstico precoce do câncer, de doenças cardíacas, neurológicas e nos tratamentos menos invasivos e mais eficazes de tumores. Devido ao grande aumento da procura por tratamento e diagnóstico utilizando o radiofármaco, o Brasil ainda precisa avançar muito em relação aos outros países, pois o avanço na medicina nuclear, na utilização de radiofármacos, só será possível se as diversas áreas de conhecimento se unirem de forma interdisciplinar, contribuindo assim para muitos outros tantos avanços que poderão salvar ou prevenir doenças.

Referências

ARAÚJO, Elaine Bortoleti. A utilização do elemento tecnécio-99m no diagnóstico de patologias e disfunção dos seres vivos. **Cadernos temáticos de química nova na escola**, p 32-35, 2015,. Disponível em:
<<http://qnesc.sbq.org.br/online/cadernos/06/a08.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

AQUINO, Katia Aparecida da Silva; AQUINO, Fabiana da Silva. **Radioatividade e Meio Ambiente**. 2012. Disponível em:
<<https://www.ufpe.br/cap/images/quimica/katiaaquino/3anos/complementar/08colaiqradiacao.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRITO, Lavínia de C. Controle de qualidade de radiofármacos. **Anais da 56ª** Reunião Anual da Sbpcc, Cuiabá, p.1-1, 2004.

COMET, M.; VIDAL, M.. **Radiopharmaceutiques - chimie des radiotraceurs et applications biologiques**. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 1998.

CNEN (Org.). **Apostila Educativa Radioatividade**. 2017. Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/tex/fis01001/radio.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) **Bases do tratamento**, 2007 Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap7.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

LIMA, Luis Spencer, Radiação gama, **Revista de Ciência Elementar**, v.2, n.4, 2014. Disponível em: https://www.fc.up.pt/pessoas/jfgomes/pdf/vol_2_num_4_110_art_radiacaoGama.pdf . Acesso em: 10 jun. 2017.

MARQUES, Fabio Luiz Navarro et al. **Alguns aspectos sobre geradores e radiofármacos de tecnécio-99m e seus controles de qualidade***. São Paulo: Centro de Medicina Nuclear, Departamento de Radiologia. 2001.

MUELLER, Júlia Clara Wehmuth; SCHEIDT, Michael Fernando; JACINTO, Naquisiandra. **Medicina nuclear**. 2011. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Biomedicina, Centro Universitário Leonardo da Vinci, Blumenau, 2011.

OLIVEIRA, Rita et al Preparações radiofarmacêuticas e suas aplicações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]. v.42, n.2, p.151-165, 2006,. ISSN 1516-9332. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000200002>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

PRADO, A. L. et al, **Radiofarmacos**. 2015. Disponível em: www.fumec.br/revistas/eol/article/download/2963/1733. Acesso em 15 ago. 2017.

PUJATTI, Priscilla Brunelli. **Controle da qualidade de radiofármacos**. In: XX CONGRESSO BRASILEIRO DE FÍSICA MEDICA E SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA EM MEDICINA, 12., 2015, **Anais...** Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Abfm-ird, 2015. p. 1 - 68.

SANTOS-OLIVEIRA, Ralph; CARNEIRO-LEÃO, Ana Maria dos Anjos. História da radiofarmácia e as implicações da Emenda Constitucional N. 49. **História da Radiofarmácia e As Implicações da Emenda Constitucional N. 49**, Recife, v. 3, n. 44, p.10-15, 07 set. 2008.

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO SUL DE SANTA CATARINA

Danieli Santos Moises¹; Andressa Américo Valvassor²; Greice Lessa³; Karla Pickler Cunha⁴; Lucas Correa Preis⁵

¹Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

²Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

³Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

⁴Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

⁵Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

Resumo: O presente estudo aborda a qualidade da atuação de uma equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória. Tem o objetivo de identificar a importância de uma equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em uma instituição hospitalar de grande porte do sul de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quali e quantitativa, em que se aplicou um questionário com profissionais da equipe de enfermagem que atuam no setor da emergência de um hospital classificado de grande porte da região sul de Santa Catarina. A pesquisa atendeu aos objetivos propostos, sendo possível observar a dinâmica do setor de Urgência e Emergência, bem como a atuação de uma Equipe de Saúde, e o acompanhamento do dia-a-dia principalmente, do profissional Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Parada Cardiorrespiratória. Assistência de Enfermagem.

Introdução:

O sucesso no atendimento da PCR é basicamente dependente da atuação da equipe de enfermagem. Dessa forma, o papel do enfermeiro torna-se fundamental em uma equipe de socorro, pois ele muitas vezes reconhece com precocidade, situações com risco potencial de morte (SILVA, 2016).

Pode-se definir uma parada cardiorrespiratória (PCR) como a interrupção da circulação sanguínea, que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou da presença de batimentos cardíacos ineficazes (LUZIA; LUCENA, 2009).

Uma vez que tenha um protocolo definido, o enfermeiro pode comandar as etapas de reanimação atuando como coordenador da equipe de enfermagem,

proporcionando assim, um atendimento ágil, sincronizado, eficiente e maximizando a qualidade do atendimento (PAI; LAUTERT, 2008).

Após uma PCR o paciente perde a consciência, em cerca de 10 a 15 segundos, devido à parada de circulação sanguínea cerebral. Caso não haja retorno à circulação espontânea e o paciente não seja submetido à ressuscitação cardiopulmonar, a lesão cerebral começa a ocorrer em cerca de 3 minutos e após 10 minutos de ausência de circulação as chances de ressuscitação são próximas a zero (LUZIA; LUCENA, 2009).

O processo de reanimação compreende a assistência de vários profissionais, seja ela dentro ou fora do ambiente hospitalar, e preconiza-se a agilidade e rapidez e o conhecimento científico e prático, com o intuito de minimizar riscos para o paciente (PEREIRA et al, 2015).

A American Heart Association preconiza que um dos integrantes da equipe de reanimação seja o líder, objetivando o melhor desempenho e organização durante a assistência. O profissional que assume tal posição geralmente é o médico, pois também assume papel legal sob o aspecto da terapêutica aplicada. No entanto, faz-se necessário que também o enfermeiro atue como líder, para administrar a dinâmica da equipe conforme a terapêutica adotada. Fator que implica também o seu treinamento em igual intensidade aos dispensados ao corpo médico. Pois, em geral, os profissionais da equipe de enfermagem são os primeiros a presenciarem uma vítima em PCR no hospital. São eles que acionam mais frequentemente a equipe de atendimento. Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir de forma mais efetiva nas manobras de RCP. Assim, uma equipe multiprofissional proporciona a vítima de PCR, uma qualidade de assistência da qual o enfermeiro é imprescindível. (GUILHERME et. al., 2006).

Percebe-se a grande importância de uma boa sincronia entre a equipe de saúde das emergências, sejam elas grandes ou pequenas, à estabilização do paciente, ou até mesmo, do retorno à vida.

Diante disso, elaborou-se a questão norteadora do estudo: como se dá a atuação de uma equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em hospital do sul de Santa Catarina?

Para responder ao problema de pesquisa o objetivo geral é identificar a importância de uma equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em uma instituição hospitalar de grande porte do sul de Santa Catarina.

Os objetivos específicos são: apontar o perfil dos participantes da equipe; identificar quantos e quais profissionais atuam em uma reanimação cardiorrespiratória; descrever as ações de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem em uma reanimação cardiorrespiratória; avaliar se existe uma sincronização de ações entre os profissionais em uma reanimação cardiorrespiratória e descrever o sentimento da equipe perante alguma intercorrência durante uma reanimação cardiorrespiratória.

A escolha do tema deu-se após a acadêmica, autora do trabalho, ter vivenciado nas atividades práticas realizadas durante o curso de graduação e em sua atuação na área da saúde como técnica de enfermagem, a importância de uma equipe devidamente capacitada, sincronizada e coordenada em atuação frente a uma PCR.

Surgiu então, o interesse de acompanhar o desenvolvimento de uma equipe de enfermagem frente a uma PCR, analisando a sua atuação, correlacionando desta forma, a prática com a literatura.

Quanto ao seu cunho acadêmico e social, esta pesquisa poderá servir de base para novos estudos e como fonte de conhecimento para futuros profissionais de área de enfermagem.

Procedimentos Metodológicos

A partir da questão norteadora e do objetivo geral, esta se classifica como uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa.

“É qualitativa por compreender e interpretar fenômenos sem dados estatísticos, sendo sempre descritiva” (LIRA, 2014. p. 26).

Para Cartoni, (2010) a descrição de pesquisa quantitativa, leva em consideração que tudo pode ser quantificável, o que indica transformar informações, opiniões e números, para deste modo poder pesquisá-las e esclarecê-las, como, percentagem, entrevistas pessoais e aproximação com o entrevistado.

Para o alcance do objetivo aqui proposto, utilizou-se o método de pesquisa descritivo. Segundo Gil (2009, p. 28), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Este estudo classifica-se, também, como pesquisa bibliográfica e de campo. Segundo Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é aquela que é elaborada com base em material já publicado, já existente na literatura.

Pode-se considerar pesquisa de campo aquela utilizada com o intuito de obter informações ou conhecimentos sobre um determinado problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que precisa ser comprovada, ou, ainda, de descobrir novas relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa foi realizada em um Hospital classificado como de grande porte, localizado no sul do estado de Santa Catarina. Essa instituição se destaca por conter especialidades médicas variadas. No local, são desenvolvidas atividades como cirurgias, internação clínica, UTI adulta, UTI neonatal, maternidade, obstetrícia, pronto socorro, que presta atendimento ao município e regiões próximas.

Os atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares.

O Hospital conta com 451 leitos, sendo que, no setor de emergência, são realizados cerca de 6.194 atendimentos mês. A sala de primeiros atendimentos possui um total de 55 colaboradores que atuam nos períodos diurnos e noturnos.

A população da pesquisa compõe-se pelos profissionais da equipe de enfermagem que atuam no setor da emergência dessa instituição, sendo composta por 10 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem.

Para a coleta dos dados aplicou-se um questionário com perguntas fechadas e abertas para os profissionais da equipe de enfermagem.

Gil (2009, p. 109), diz que “a entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados [...]”.

Para análise e apresentação dos dados utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2004). Após a coleta de dados, definiram-se as categorias, ou seja, o pesquisador realizou uma fundamentação teórica mais concreta, já que, a categorização dos dados, ocorreu depois de colhidos os dados (GOMES, 2004).

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UNIBAVE, sob o parecer CAAE: 59243416.3.0000.5598 - Número do Parecer: 1.719.723. Como consta na Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o participante da pesquisa esteve ciente sobre os seus objetivos e procedimentos, e teve a liberdade de desistir a qualquer momento; seu nome foi mantido em sigilo; não serão publicados quaisquer dados que não tenham a sua autorização, além de não haver qualquer tipo de ônus para sua participação. Todos os participantes do estudo receberam um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com informações acerca das técnicas de pesquisa e o uso das informações obtidas.

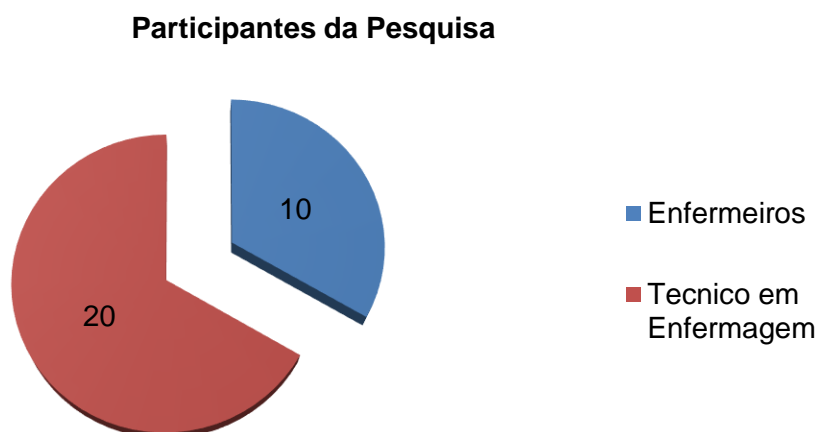
Resultados e Discussão

A coleta de dados da presente pesquisa durou cerca de 20 horas, no setor de Pronto Socorro, e possibilitou obter as informações necessárias ao alcance dos objetivos propostos.

Para a amostra da pesquisa tinha-se como meta 50 profissionais, porém apenas 30 profissionais aceitaram e assinaram o Termo Livre e Esclarecido permitindo que a pesquisa fosse realizada.

Os participantes da pesquisa (Gráfico 1) foram um total de 30 profissionais da área da enfermagem que trabalham no setor de pronto socorro, no atendimento de emergência e urgência, observou-se que dez (n= 10) são Enfermeiros e vinte (n=20) são Técnicos em Enfermagem.

Gráfico 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa, quanto à profissão



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Diante dos dados do Gráfico 1, cita-se que os profissionais são distribuídos em turnos de revezamento, e realizam seu trabalho dentro de suas respectivas funções; cada um exerce suas atribuições conforme determinação do COREN.

No parecer do COREN-DF nº 005 (2010), na Lei nº 7.498/86, consta:

Art. 11. O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: [...]

§9º - Consulta de Enfermagem; [...]
 §11 - Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 §12 - Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
 Compete aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem agirem de acordo com o protocolo, rotina e normas da Instituição, sendo supervisionados pelo Enfermeiro responsável pela Triagem.

Na Tabela 1 revelam-se as características dos profissionais de enfermagem que atuam no serviço de urgência e emergência de um hospital.

Tabela 1 – Características dos profissionais de enfermagem que atuam no serviço de urgência e emergência

Dados dos profissionais de enfermagem	Números
Gênero	
Feminino	26
Masculino	04
Idade	
20 a 40 anos	12
40 anos ou mais	18
Tempo de atuação no setor de Pronto Socorro	
1 a 06 anos	07
06 a 14 anos	15
14 a 25 anos	08

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Identifica-se, conforme a Tabela 1, que 26 profissionais (86,67%) são do gênero feminino, enquanto que 4 (13,33%) são masculinos. Segundo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011) na análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais até o ano de 2011, era de que a maior parte dos profissionais de enfermagem é do gênero feminino, correspondendo a 87,24% dos profissionais do Brasil, já no que se refere ao gênero masculino, correspondem a 12,76% do total dos profissionais de enfermagem.

Quanto à idade, 40% dos profissionais têm idade entre 20 e 40 anos, e 60% contam com idade acima de 40 anos.

Nota-se que, todos os trinta (n=30) participantes da pesquisa 23,33% trabalham de 1 a 6 anos, 50% de 6 a 14 anos, e 26,67% têm entre 14 e 25 anos de atuação na área, no setor de Pronto Socorro, na mesma função e categoria profissional.

Ao referir-se sobre o enfermeiro que atende nas urgências e emergências, Sobral *et al.* (2013, p. 398) afirma:

O enfermeiro emergencialista, como a própria nomenclatura diz, é aquele habilitado para trabalhar no campo de tratamento de urgência e emergência. A organização e as normas desse departamento determinam sua eficiência, mas um enfermeiro bem treinado deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência, fazer a avaliação e executar o plano de ação.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, os participantes foram classificados com diferentes siglas.

As letras “ENF” representam os Enfermeiros, e as letras “TEC” representam os Técnicos de Enfermagem; as letras foram numeradas de acordo com o número de profissionais de cada categoria, facilitando a exposição das falas das participantes ao longo da pesquisa.

Assim, surgiram as seguintes categorias de análise, conforme metodologia de análise de dados proposta por Minayo: quantidade de profissionais que atuam no momento da Parada Cardiorrespiratória; sincronização entre a equipe no momento da Parada Cardiorrespiratória; sentimento dos profissionais quando a Reanimação Cardiopulmonar não é bem sucedida; estresse do procedimento quanto ao desempenho profissional frente a uma Parada Cardiorrespiratória; satisfação em atuar num setor de Emergência.

Quantidade de profissionais que atuam no momento da Parada Cardiorrespiratória

Quando os participantes foram questionados sobre a quantidade de profissionais que atuam no momento de uma Parada Cardiorrespiratória, responderam que são 6 profissionais ao todo, já incluindo o médico, sendo que existe uma escala fixa feita para cada mês.

Eles dividem-se da seguinte forma: 2 (dois) Técnicos de Enfermagem atuam nas compressões torácicas, 1 (uma) Enfermeira para ventilação nas vias aéreas, 1 (um)

Técnico para o preparo e administração das medicações solicitadas pelo médico, 1 (um) Técnico de Enfermagem para realizar aspiração, se necessário, e 1 (um) médico.

Percebe-se que, o local de realização da presente pesquisa, possui uma equipe muito bem estruturada e preparada para receber e atender uma pessoa em Parada Cardiorrespiratória, uma vez que, a instituição realiza educações continuadas para o aperfeiçoamento dos profissionais que ali trabalham, para salvar vidas.

No estudo de Hetti *et al.* (2013) encontra-se que é importante garantir uma educação permanente às equipes de saúde, principalmente, para os que atuam na urgência e emergência, para que realizem uma leitura crítica das condições de trabalho e estejam sempre aptos a prestar um bom serviço, considerando as particularidades de cada região, dos usuários e dos demais colegas da equipe.

Sincronização entre a equipe no momento da Parada Cardiorrespiratória

Diante do questionamento sobre a sincronização da equipe no momento do atendimento a uma PCR, todas as respostas foram de forma positiva, dizendo que todos se empenham para que o melhor aconteça após o atendimento.

Sentimento dos profissionais quando a Reanimação Cardiopulmonar não é bem sucedida

Quando a equipe foi questionada a respeito dos sentimentos que os cercam quando um procedimento de Reanimação Cardiopulmonar não é bem sucedido, todos demonstraram e expressaram frustração e angústia, por entenderem que poderia ter sido realizado o mesmo atendimento, mas de forma diferente.

“[...] Me sinto muito frustrada, principalmente em saber que eu sou a responsável pelo setor, e que poderia ter sido realizado um atendimento mais eficaz” (ENF 1).

“[...] Me sinto extremamente angustiado frente a essa situação [...]” (TEC 3)

Ao observar essas falas, nota-se que a Enfermeira responsável pela atuação da equipe de enfermagem, se sente responsável por realizar aprimoramento constante do desempenho da equipe ao atender este tipo de paciente. Não que a equipe tenha tido falhas, mas sim para melhorar a sincronia e aprimorar cada vez mais suas habilidades frente ao atendimento de PCR.

“[...] Observo o que houve de errado, qual foi a falha naquela determinada situação, e após o acontecimento, procuro realizar uma boa conversa com a minha equipe de profissionais de forma geral, e depois, um novo treinamento” (ENF 4)

Percebeu-se, durante a coleta de dados, que os profissionais da enfermagem ficam bastante mobilizados emocionalmente em situações em que o paciente tem risco iminente de morte.

A equipe de enfermagem está instruída para tomar conta e salvar a vida, sendo que a morte significa para estes profissionais um sentimento de fracasso, incapacidade, angústia e frustração (ARGENTA *et al*, 2008).

Estresse do procedimento quanto ao desempenho profissional frente a uma Parada Cardiorrespiratória

Quanto ao estresse do procedimento sobre o desempenho do profissional frente a uma PCR, a maioria das respostas foi negativa, dizendo que tal tipo de estresse não afeta, ou não deveria afetar, o desempenho profissional no atendimento ao paciente.

Nos últimos tempos, a palavra estresse tem sido muito utilizada para associar situações de desconforto, sejam elas na vida pessoal, ou até mesmo no trabalho, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem estressadas, ou se comparam a pessoas com tal problema (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

“O estresse ocupacional engloba uma grande quantidade de profissionais de enfermagem e torna-se responsável por um desequilíbrio nas relações sociais e profissionais, fragilizando a harmonia na assistência” (GUILHERME *et. al.*, 2006).

A ação do enfermeiro em um setor de Urgência e Emergência, se dá desde o diagnóstico de uma PCR, continuando com a organização do setor para posterior realização dos procedimentos necessários, administração de medicações, cuidado com o paciente quando a RCP é bem sucedida, conversa com os familiares sobre o seu estado, checagem de medicações e evoluções de Enfermagem, acerca do acontecido, com todos os detalhes possíveis (GUILHERME *et. al.*, 2006).

“[...] Ainda diante do estresse diário vivido por alguns profissionais no setor, lá no fundo, sabemos que fizemos o que foi necessário e possível [...]” (TEC 15).

Alguns profissionais têm a noção de que fizeram o que foi possível à manutenção da vida do paciente em suas mãos, o que ajuda, e muito, na diminuição do que se pode chamar de estresse ocupacional.

Satisfação em atuar num setor de Emergência

Todos os profissionais que participaram da pesquisa, afirmaram que gostam, e muito, de atuar no Setor de Urgência e Emergência, principalmente, por não haver uma rotina nos tipos de atendimentos prestados, e pelo aprendizado diário ser imensurável.

“[...] Eu particularmente, sou extremamente apaixonada pelo atendimento às Urgências e Emergências, me sinto honrada em ajudar a devolver a vida a um indivíduo como eu!” (ENF 5).

“[...] Não me vejo trabalhando em outro setor, pois nos setores de internação, tem muita rotina [...]” (TEC 9).

“[...] Trabalho há muito tempo nesse setor, e tenho firmeza em dizer que foi onde mais cresci profissionalmente!” (TEC 18).

Nessas falas, é notável o amor com que esses profissionais falam do trabalho e profissão que escolheram.

O trabalho em equipe é um fator extremamente importante na área da saúde, sendo que em alguns casos, pode-se afirmar que a vida do paciente depende de um conjunto de pessoas, que se não estiverem bem engajadas no trabalho que cada uma precisa realizar, a situação não finalizará conforme o esperado.

Considerações finais

Ao finalizar a presente pesquisa, pode-se dizer que foi possível conhecer a rotina da equipe de Enfermagem de um hospital de grande porte, no atendimento as urgências e emergências.

E, dessa forma, alcançar os objetivos propostos, tais como identificar a importância de uma equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em uma instituição hospitalar de grande porte do sul de Santa Catarina.

Viu-se que é de suma importância o atendimento rápido e eficaz para um procedimento que necessita de conhecimento, sincronia para um bom resultado e com isso minimizar danos à vida da vítima.

Este estudo contribuiu, também, em um maior conhecimento sobre o perfil dos participantes da equipe em uma reanimação cardiorrespiratória, a Equipe de Enfermagem é composta por 6 profissionais que atuam em perfeita sincronia e agilidade nos procedimentos de enfermagem.

Foi possível, também, analisar os sentimentos da equipe diante de uma reanimação cardiorrespiratória mal sucedida, que expressou os sentimentos de angústia, frustração, mas com a certeza de que a atuação foi correta, porém, sem sucesso.

Destaca-se a importância de se ter um Enfermeiro como coordenador durante o atendimento a uma PCR, pois ele, diante de tal estresse que se é gerado durante o processo, consegue visualizar e pontuar o pós PCR, os processos a serem aprimorados e, com isso, realizar Educações Continuadas com sua equipe.

Deixa-se como sugestão de continuidade para futuras pesquisas, o tema Educação Continuada em PCR para Equipe de Enfermagem em Unidade de Urgência e Emergência, sugerindo-se, ainda, a participação de profissionais da área de psicologia ou terapeuta, para que se possam trabalhar os sentimentos vivenciados e não demonstrados em muitas situações, sendo elas sob estresse ou não.

Agradece-se imensamente a instituição, por aceitar a realização da presente pesquisa, e aos profissionais que ali trabalham e dela participaram. Afirma-se que são excelentes profissionais que buscam, cada dia mais, um atendimento digno e de melhor qualidade aos usuários dos seus serviços. A eles, deixa-se aqui um muito obrigado!

Referências

ARAÚJO, Karina Aparecida de *et al.* Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 183-190, fev. 2008.

ARGENTA, Carla *et al.* A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. **Rev. Cogitare Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 2, p. 284-289, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewfile/12516/8573>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. **Consenso nacional de ressuscitação cardiorrespiratória.** 1996. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/04/consenso-nacional-de-ressucitacao.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BARBOSA, Fabiano Timbo *et al.* Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. **Revista brasileira de terapia intensiva.** Maceio, v. 18, n. 4, p. 374-379, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/09.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BASTOS, Cinara Farias; MACHADO, Mônica Arruda; SOUZA, Welliam Janne Pereira De. **Reanimação cardiorrespiratória na unidade de emergência**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/reanimacao-cardiorrespiratoria-na-unidade-de-emergencia/9996/>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, Telma Marques Da; RAMOS, Vânia Pinheiro. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 151-156, nov./jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_24.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

CARTONI, Daniela Maria. **Ciência e conhecimento científico**. Anuário da produção acadêmica docente, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 9-34, abr. 2010.

DE ENFERMAGEM. Conselho Federal De Enfermagem. 2011. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf> >. Acesso em: 3 nov. 2016.

DE ENFERMAGEM. Coren-DF. 2010. **Nº 005/2010 atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência**. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos/>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

FALCÃO, Luiz Fernando Dos Reis; FERREZ, David; AMARAL, José Luiz Gomes Do. Atualização das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar de interesse ao anestesiológico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. São Paulo, v. 61, n. 5, p. 624-640, set./out. 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 67-80.

GUILHERME, Maria Isabel *et al.* O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, Jun. 2006. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivos/trabalhos/i52368.e12.t10532.d8ap.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

HETTI, Livia Barrionuevo El *et al.* Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Eletr.**

Enf., Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 973-982, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a15.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO SOU ENFERMAGEM. **Principais medicações utilizadas na parada cardiorrespiratória**. 2015. Disponível em: <<https://souenfermagem.com.br/artigo/principais-medicacoes-utilizadas-na-parada-cardiorrespiratoria>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

LADEIRA, José Paulo. 2013. **Parada cardiorrespiratória pc**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3998/parada_cardiorrespiratoria_pcr.htm>. Acesso em: 3 nov. 2016.

LEYVA, Pedro E. Nodal; HÉCTOR, Juan G. López; DOMÍNGUEZ, Gerardo De La Llera. Paro cardiorrespiratorio (PCR): etiologia, diagnóstico, tratamiento. **Revista Cuba Cir.**, v. 45, n. 3, p. 1-11, jan. 2006. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v45n3-4/cir19306.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

LIRA, Bruno Carneiro. **O passo a passo do trabalho científico**. 2 ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2014. 93 p.

LUZIA, Melissa de Freitas; LUCENA, Amália de Fátima. Parada Cardiorespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. 30 jun. 2009.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 157-197.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 3, p. 1-7, mai./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

PAZIN FILHO, Antônio *et al.*, 2003. Parada Cardiorrespiratória (PCR). **Revista de Medicina**. Ribeirão Preto. Abr – dez. 2003.

PEREIRA, Diogo da Silva *et al.* Atuação do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória (PCR). **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. v. 5, n. 3, p. 08-17, 2015.

SCHROEDER, Aline D'Eliz. **Parada cardiorrespiratória e a função do enfermeiro neste atendimento**. 2011. Disponível em: <http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2011/11/PARADA-CARDIORRESPIRATORIA-E-A-FUNCAO-DO-ENFERMEIRO-NESTE-ATENDIMENTO.pdf>>. Acesso em: 27 jul 2016.

SILVA, Bárbara Fabrícia. 2016. **O papel do enfermeiro emergencista**: uma revisão bibliográfica. Disponível em: <http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo08.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

SILVA FE, Sanna MC, Nunes B. Tomada de decisão do enfermeiro frente a uma para cardiorrespiratória. **Revista de Enfermagem UNISA** 2001; 2: 26-30.

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão *et al.* **Atuação de enfermagem em serviços de emergência**: revisão sistemática. J.res.: fundam. care., Pernambuco, v. 5, n. 4, p. 396-407, out./dez. 2013. Disponível em: <<file:///c:/users/giovanni/downloads/1655-15945-1-pb.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

STACCIARINI, Jeanne Marie R; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, p. 17-25; 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

TALLO, Fernando Sabia *et al.* Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev. Bras. Clin. Méd.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, mai./jun. 2012.

AVALIAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM UMA FARMÁCIA DO SUL DE SANTA CATARINA

Fernando Mateus Scremin¹; Alexandre Piccinini¹; Luiz Fábio Bianco¹; Fabrício Eládio Felisbino¹; Denise Kuhnen Baggio¹

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. screminfm@yahoo.com.br.

Resumo: A constipação intestinal encontra-se entre as doenças funcionais do intestino. Constitui um dos sintomas mais frequentes, sendo mais comum entre as mulheres. Pode ser referido pelo paciente como fezes endurecidas, esforço excessivo e sensação de evacuação incompleta. O presente estudo teve como objetivo analisar os principais tipos de medicamentos para tratamento da constipação intestinal, identificando o perfil dos usuários, sintomas causados, dificuldades e a frequência de evacuações. A pesquisa foi desenvolvida em uma farmácia do sul de Santa Catarina, com 70 amostras. O estudo mostrou que mais da metade da população entrevistada sofre de constipação intestinal, sendo duas vezes maior em mulheres. Além disso, o método laxativo mais utilizado por eles foram os irritativos, apresentando uma evacuação mais frequente de duas a três vezes por semana. Considerando que a constipação intestinal é caracterizada pela ocorrência de duas ou menos evacuações por semana, nossa amostra em geral apresentou apenas dificuldades evacuatórias.

Palavras-chave: Constipação. Laxantes. Uso de medicamentos.

Introdução

A constipação intestinal é um distúrbio do trato digestório, em que a atividade intestinal está reduzida (CÉSAR et al., 2008), assim como a frequência de eliminação de fezes menor que três vezes por semana, sensação de esvaziamento retal incompleto, fezes endurecidas, esforço para eliminar fezes ou necessidade de toque para esvaziamento retal (AZEVEDO; MACHADO, 2013).

Sua elevada incidência está frequentemente associada à dieta inadequada, sedentarismo, medicamentos, alterações endócrinas e metabólicas, além de doenças colônicas, neurológicas e causas idiopáticas (CÉSAR et al., 2008).

A constipação intestinal pode levar a complicações como distensão abdominal, vômitos, agitação e obstrução intestinal (AZEVEDO et al., 2009), além das mais graves, como por exemplo, o câncer colorretal, que é o quinto câncer mais frequente entre os homens e o quarto entre as mulheres no Brasil (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

A cronicidade dos sintomas, a falta de orientação terapêutica adequada e o uso abusivo de laxantes podem ter como consequências o surgimento de outros problemas como: doença diverticular do cólon, hemorroidas e fissuras anais (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010).

Para pacientes que não conseguem melhora com dieta e laxativos, e após avaliação funcional adequada a cirurgia pode ser realizada. As opções cirúrgicas mais utilizadas para a inércia colônica são a colectomia segmentar ou subtotal com anastomose íleo-sigmoide e a colectomia total com íleo-reto anastomose (CÉSAR et al., 2008).

O tratamento da constipação é realizado com o uso de laxantes, estes são compostos que aumentam a frequência da defecação e o volume fecal ou alteram a consistência fecal (FILHO; ALVES; DANTAS, 2012).

Tem como mecanismo de ação: retenção de líquido do conteúdo colônico, aumentando no seu volume e o amolecimento, o que facilita o trânsito por suas propriedades hidrofílicas ou osmóticas. A latência e o efeito de todos os laxativos variam com a dosagem. Em doses elevadas, muitos laxativos produzem evacuação de conteúdo líquido. Os fármacos de cada grupo geralmente possuem utilidades, limitações e efeitos adversos (FILHO; ALVES; DANTAS, 2012).

Existem várias classes de fármacos que podem auxiliar na resolução da constipação intestinal, como os laxativos formadores de massa, emolientes, osmóticos e estimulantes. A escolha do fármaco laxativo deve ser baseada na eficácia, segurança e perfil de efeitos colaterais (FILHO et al., 2014).

Laxativos formadores de massa, como o psyllium e a polycarbofila, cujo mecanismo de ação decorre de efeito hidrofílico, com acúmulo de líquido no lúmen intestinal, aumento de volume e amolecimento do bolo fecal, aumentam a motilidade gastrointestinal e a frequência de evacuações. Os emolientes (Nujol, Purol, Óleo Mineral, Laxol) lubrificam as fezes, facilitando a eliminação (FILHO et al., 2014).

Os laxantes osmóticos produzem retenção osmótica de água no lúmen intestinal, estimulando a secreção de fluído e a motilidade. Os laxativos irritativos ou estimulantes, além da retenção de água no lúmen intestinal e aumento da motilidade, estimulam a secreção de água e eletrólitos para a luz intestinal. São derivados do difenilmetano (fenolftaleína e bisacodil) ou derivados da antraquinona, como sene, cáscara sagrada, ruibarbo e aloé. Os laxantes estimulantes, derivados da

antraquinona, são classificados como laxantes fitoterápicos devido à sua origem natural (FILHO et al., 2014).

A constipação e o uso de laxativos vêm sendo um problema relevante na saúde pública. Embora somente um terço dos indivíduos afetados procure atendimento médico, os custos de tratamento de constipação chegam a centenas de milhões de dólares por ano despendidos somente com laxativos de venda sem prescrição médica (WANNMACHER, 2005).

Em pacientes com doença avançada em uso de opiáceos, a constipação intestinal também pode ser definida como a falta de frequência ou a dificuldade de defecar, com os números de movimentos intestinais reduzidos, que resultam no desconforto ou dor, podendo ser diagnosticada como dois ou menos movimentos intestinais por semana (SANTOS, 2002).

Suas complicações levam ao uso progressivo de tratamentos inadequados, desnecessários e dispendiosos, contribuindo para a cronicidade (MOREIRA, 2009).

Os idosos particularmente apresentam um risco mais acentuado de desenvolverem constipação, pois com o avanço da idade ocorre a diminuição do tônus muscular, assim como, os movimentos intestinais diminuem gradativamente, ficando as fezes retidas por um longo período de tempo no reto. Com isso, o reto passa a conter as fezes, progressivamente mais ressecadas e em maior volume. A parede retal torna-se cronicamente dilatada e a sensibilidade retal diminui (GOMES, 2009).

Contudo, o envelhecimento por si só não causa a constipação. A elevada incidência de constipação na população idosa resulta de uma combinação de fatores de risco, como por exemplo: a ingestão reduzida de líquidos e de fibras, como também a diminuição na prática de exercícios físicos, doenças crônicas e a utilização de vários medicamentos (GOMES, 2009).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar os principais tipos de medicamentos para tratamento da constipação intestinal por pacientes de uma farmácia do sul de Santa Catarina, identificando o perfil dos usuários, avaliando os sintomas causados pelo uso abusivo de drogas laxativas, analisando as dificuldades e a frequência de evacuações pelos pacientes entrevistados, além de verificar e classificar os tipos de métodos utilizados pelos pacientes que sofrem de constipação intestinal.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi realizada em uma farmácia no sul de Santa Catarina, onde participaram da pesquisa 70 pacientes, com idade entre 2 e 92 anos, de ambos os sexos, que após explicação dos objetivos do estudo, participaram, mediante a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2016 e o questionário aplicado conteve as variáveis de interesse (idade, sexo, uso de laxantes ou reguladores intestinais, frequência de evacuação), as quais serviram para avaliar o estilo de vida do grupo entrevistado.

Para a realização da pesquisa foi estabelecida uma cooperação mútua entre os representantes das instituições envolvidas, sendo elas a farmácia onde foram coletados os dados e o Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. Para a coleta dos dados, os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética com o número 085671/2016.

Para definição mais precisamente da nossa população-alvo, estabeleceu-se alguns limites de sua extensão. Isto foi feito definindo alguns critérios de inclusão e os critérios de exclusão dos elementos que compõem a população. A pesquisa definiu como critérios de inclusão apenas clientes de uma determinada farmácia, de todas as faixas de idade, desde crianças, onde os pais eram responsáveis a responderem o questionário e assinarem o termo de compromisso, e também idosos. Foi classificado como critério de exclusão, o participante não responder todo o questionário, negar a assinar a folha do questionário depois de respondida, assim como também o termo de compromisso. Rasurar a pesquisa de modo que o entrevistado responda mais de uma alternativa, quando determinada pergunta teria somente uma opção como resposta, de maneira que fique confuso na hora de juntar todas as informações.

A prevalência do uso de laxativos ou reguladores intestinais e a frequência de evacuação foram determinadas, pelo número total de casos existentes.

Resultados e Discussão

No estudo realizado com a população de uma Farmácia do Sul de Santa Catarina, 70 pessoas foram abordadas a participar da pesquisa e a responder ao questionário. Destas, 60 pessoas eram do sexo feminino e 10 do masculino. A faixa de idade média dos participantes da pesquisa foi de adultos de 30 a 35 anos. Todos os entrevistados atenderam os critérios de inclusão da pesquisa.

Quando questionados aos participantes se sofriam de constipação intestinal, 57% dos participantes relataram que sim, enquanto 43% responderam não apresentar constipação. Dos 60 entrevistados do sexo feminino, 37 mulheres afirmaram sofrer de constipação, enquanto dos 10 homens, apenas 3 disseram sofrer.

Segundo dados científicos, Braz e Lessa (2011) afirmam que a constipação intestinal é três vezes maior em mulheres do que em homens. Ainda descrevem que as alterações hormonais nas mulheres durante a gestação podem ocasionar um tempo de trânsito intestinal mais lento. Indivíduos do sexo feminino requerem uma menor demanda energética e, portanto, tendem a ingerir uma menor quantidade de alimentos e fibras podendo este fato estar associado à constipação intestinal, visto que, este nutriente proporciona benefícios ao funcionamento do intestino.

De acordo com Fernandes e Blasi (2010), outro fato é pelas mulheres não terem uma alimentação saudável, terem uma vida atribulada, hábitos alimentares inadequados, pouca ingestão de fibras e baixo consumo de água. Dentre essas, as causas mais comuns de constipação em pessoas completamente saudáveis, incluem ausência repetida de resposta ao impulso de defecar, falta de fibra na dieta, ingestão insuficiente de líquidos e uso crônico de laxantes.

A tensão crônica ou a ansiedade podem agravar a condição. Por esse motivo a constipação tem-se estabelecido mais frequentemente em mulheres, principalmente, naquelas com inatividade física diária, pouca renda, educação de qualidade inferior, baixo consumo de líquidos e alimentos ricos em fibras. Os pacientes com distúrbios na função intestinal, apresentando constipação, na maioria mulheres, tanto jovens como adultas, acabam com diagnóstico de síndrome do cólon irritável (FERNANDES; BLASI, 2010).

Comparando com os dados da literatura, a nossa amostra apontou que as mulheres aparentam ter mais casos de constipação do que os homens, apesar da amostra de mulheres serem seis vezes maior e isso pode ter influenciado no resultado, a proporção de mulheres constipadas foi doze vezes maior do que nos homens.

Quando questionado sobre o uso de laxativos com frequência, 34% dos entrevistados afirmaram fazer uso, enquanto os 66% alegaram que não fazem. Comparado com os entrevistados que utilizam reguladores intestinais 23% consomem com frequência, enquanto o restante de 77% não utiliza.

Conforme a pesquisa realizada, 6 dos entrevistados relataram sofrer de constipação intestinal e nunca usar nada, resultando em 5 mulheres e 1 homem. Das

37 mulheres que sofrem deste incômodo 21 delas consomem apenas laxantes e as outras 11 apenas reguladores, sendo que outras 5 usam reguladores intestinais e laxantes ao mesmo tempo. Dos 10 homens abordados, apenas 3 disseram sofrer sendo que um deles relatou sofrer e não usar nada, enquanto dois sofrem e consomem apenas laxantes.

Segundo Lacerda e Pacheco (2004) o uso indiscriminado de laxantes pode levar a alterações estruturais no íleo terminal e cólon. Outros problemas são as mudanças na flora intestinal, inflamações da mucosa do intestino, prurido anal, cólicas e dor na porção final do reto. Por esse motivo o uso de laxativos deve ser feita apenas temporariamente.

O uso frequente de medicamentos laxativos não deve ser realizado por automedicação, pois pode acarretar danos à saúde do indivíduo, além de mascarar problemas mais graves. Estes medicamentos são considerados como irritantes ou estimulantes e não devem ser administrados por períodos prolongados, pois estimulam o peristaltismo por irritação local da parede intestinal e pela ação exercida sobre músculos e nervos intestinais, existindo a possibilidade de dano permanente dos mesmos (BONET; DIEFENTHAELER, 2015).

É preciso estar atento ao uso irracional dos laxativos, pois o uso crônico e exagerado pode resultar principalmente em diarreia, desidratação, a fragilidade da parede intestinal, aumento da secreção associada ao aumento da motilidade colônica e a própria constipação (GREGÓRIO, 2009).

Não foram encontrados na literatura, informações que tragam a proporção entre o uso de laxantes irritativos e reguladores que as pessoas mais utilizam. Mas de acordo com a nossa pesquisa os laxantes irritativos foram os mais utilizados pelos entrevistados que sofrem de constipação intestinal, sendo uma informação preocupante, pois segundo os dados publicados, o uso de laxantes pode trazer sérios riscos à saúde, além de provocar cólicas, diarreia e desidratação. Enquanto os reguladores podem ser usados frequentemente, pois além de aumentar o volume fecal, auxilia na eliminação das fezes.

Ainda, sobre o uso de laxantes quando interrogado quais eram mais utilizados, 33% relataram o uso de Complexo Almeida Prado, 26% de Lacto Purga, 26% do Dulcolax® e 15% de outros como óleos minerais, chás, além das opções citadas como Gutalax®, Rapilax®, Bisalax® e Diltin®. Referente à frequência de uso desses laxativos, 43% dos entrevistados ressaltou fazer uso de laxativo a cada 15 dias, 35% usam duas

a três vezes por semana, 9% usam apenas uma vez por semana, outros 9% fazem uso uma vez por mês ou apenas quando sentem dificuldades em eliminar as fezes, os restantes 4% usam diariamente.

Sobre o uso de reguladores intestinais e quais eram os mais utilizados 23% afirmaram fazer uso de outros reguladores além dos citados no questionário, entre eles estão PEG 4000, Lactobacilos e o Muvinlax[®], enquanto 18% utilizam Naturetti[®], outros também 18% fazem uso de Benestare[®], 17% utilizam Planta Bem[®], 12% Lactulona e outros restantes 12% Tamarine Fibras[®]. Com relação à frequência de uso desses reguladores 50% dos entrevistados usam diariamente, 37% usam de duas a três vezes por semana, enquanto apenas 13% usam semanalmente.

Analisou-se então que apesar dos laxantes serem os mais consumidos pelos entrevistados, a frequência de uso é menor. Enquanto os reguladores que são os menos utilizados a frequência de uso é maior, ou seja, 50% usam diariamente enquanto dos laxativos apenas 4% usam todos os dias. Percebeu-se o uso moderado de laxantes irritativos que são prejudiciais a saúde, em relação aos reguladores intestinais que só trazem benefícios.

De acordo com Gayo (2013) outro tipo de laxante também bastante utilizado é o osmótico que contém moléculas que são fracamente absorvidos, criando assim um gradiente osmótico dentro do lúmen intestinal e conseqüentemente um aumento do conteúdo de água nas fezes. Este processo favorece a formação de fezes moles e fáceis de deslocar dentro do cólon. PEG, lactulose, sorbitol, leite de magnésio e citrato de magnésio fazem parte do grupo de fármacos desta categoria. Os efeitos colaterais observados são cólicas, distensão abdominal e flatulência, além de serem considerados fármacos seguros para tratamento de longa duração.

Baseado nos dados publicados existe tantos outros métodos que atuam na eficácia da constipação, não sendo prejudiciais à saúde. Como observado o método de primeira escolha deve ser um laxante formador de massa, em caso de falha deve-se optar pelo uso de laxantes osmóticos e ou lubrificantes que também ajudam a facilitar a defecação.

Quando questionado sobre o número de evacuações por semana, 52% responderam evacuar diariamente, 41% duas a três vezes por semana e apenas 7% uma vez por semana. Desses 40 entrevistados que relataram sofrer de constipação intestinal, 13 evacuam diariamente sendo 12 sexo feminino e 1 do masculino, 22

peças vão duas a três vezes por semana, delas 20 são mulheres e 2 homens. Das que relataram ir apenas uma vez por semana, todas as 5 eram mulheres.

Segundo Magalhães (2006) evidências epidemiológicas, dos Estados Unidos e do Reino Unido, demonstram que 95 a 99% da população apresentam pelo menos três evacuações por semana, o que determina que uma pessoa que apresente uma frequência semanal menor do que essa seja considerada portadora de constipação intestinal. As variações de hábito intestinal podem ocorrer em diversas situações e mesmo em formas leves de constipação intestinal.

Adicionalmente é necessário que o paciente tenha evacuações pouco frequentes quando não recorre ao uso de laxantes e que não haja critérios suficientes para o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável, tais como dor ou desconforto abdominal recorrente que melhora com a defecação, entre outros (GAYO, 2013).

Evacuações diárias não são, necessariamente, indicativas de normalidade da função intestinal e, mesmo evacuações que ocorrem de forma descontinuada, podem vir a ser consideradas funcionalmente adequadas. Isso é consequência da grande variabilidade na função intestinal normalmente observada entre os indivíduos. Por esse motivo é que o diagnóstico da constipação intestinal não pode ser firmado tomando como base unicamente a frequência. A falta de consenso no diagnóstico da constipação intestinal leva ao sub-tratamento, aumentando e perpetuando a gravidade do problema (BRASIL, 2009).

O diagnóstico correto da constipação intestinal deve, portanto, estar fundamentado na avaliação criteriosa de parâmetros que levem em consideração não somente a frequência das evacuações, mas também as características das fezes produzidas e alguns sinais e sintomas de grande relevância (BRASIL, 2009).

Comparando com a literatura, nossa amostra apontou que mais da metade dos entrevistados evacuam diariamente, isso pode ser pelo fato de mais da metade de nossos entrevistados apresentarem constipação intestinal. Como a maioria deles sofre e utiliza algum método laxativo, se explique por eles evacuarem com maior frequência.

Quando questionado se o uso de laxativos provocava algum efeito colateral apenas 11 entrevistados afirmaram sentir algum desconforto, sendo que desses 7 dessas pessoas usam laxantes, 3 utilizam reguladores e 1 faz uso dos dois métodos, sendo todas do sexo feminino. Os efeitos colaterais citados foram: cólicas, flatulência, dor abdominal e diarreia.

O questionário, também, tinha o objetivo avaliar a quantidade de pessoas que já usaram supositórios e enemas. Dos 70 entrevistados, 13 pessoas responderam fazer uso de supositório totalizando em 10 pessoas do sexo feminino e 3 do sexo masculino, sendo que dos 40 constipados 12 já usaram.

Em relação ao uso de enemas em que as opções eram: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre. De um modo geral, 9 homens relataram nunca fazer uso e 1 raramente. Das mulheres, 46 afirmaram nunca utilizar, 8 utilizam raramente e 6 às vezes. Dos 40 constipados 29 pessoas nunca usaram, 7 raramente e 4 às vezes.

O supositório de glicerina tem efeito emoliente e age também como um estimulante em virtude da ação irritante do glicerol. Os enemas devem ser empregados com a dupla finalidade de amolecer as fezes e provocar o reflexo evacuatório (BRASIL, 2009).

Em relação a sensação de evacuações incompletas, observam-se que 50% dos entrevistados sentem-se satisfeitos e os outros 50% insatisfeitos. Em comparação ao percentual dos entrevistados que apresentam dores na hora da evacuação, percebeu-se que 73% não reclamam dores, enquanto 27% sofrem algum tipo de dor na hora de evacuar. Sobre os entrevistados que fazem algum tipo de esforço para evacuar, observou-se que 59% se esforçam e outros 41% não fazem esforço algum. O último gráfico, apresenta a consistência das fezes analisados pelos entrevistados, onde 53% assinalaram que apresentam as fezes duras na hora de evacuar, 19% em pequeno volume, 18% ressecadas e 10% fragmentadas.

Após comparados com o número de pessoas com constipação intestinal, do total de 40 que sofrem deste incômodo, 28 dos entrevistados responderam ter sensações de evacuações incompletas, sendo delas 27 mulheres e 1 homem. Dos 17 que responderam apresentar dor na hora da evacuação, 16 eram do sexo feminino e 1 do masculino. Relacionado aos 31 entrevistados que relataram algum esforço durante a evacuação, 30 eram mulheres e 1 homem.

Em relação a consistência das fezes, 15 pessoas responderam apresentar fezes duras, delas 13 eram do sexo feminino e 2 do masculino. Fezes ressecadas foram ao total de 7 entrevistados, dentre elas 6 mulheres e 1 homem. Dos 9 entrevistados que apresentam as fezes fragmentadas todas eram mulheres e comparada as fezes de pequeno volume foram ao total de 9 também do sexo feminino.

Os adultos principalmente possuem dificuldade de evacuação em no mínimo 25% das vezes, com fezes ressequidas ou muito duras, sensação de evacuação

incompleta, sensação de obstrução ano-retal ou bloqueio, manobras manuais para facilitar e menos de três evacuações por semana (CRUZ, 2014). Uma vez que a constipação se desenvolva, ela pode ser complicada por uma fissura anal, defecação dolorosa e retenção fecal (PACHECO, 2007).

Comparando com os dados de Cruz (2014) em relação a nossa amostra, percebeu-se a maioria também foram adultos, sendo que maioria dos entrevistados reclamaram dessas dificuldades, ou seja, mais um motivo que afirma que a constipação intestinal ocasiona problemas na hora da defecação.

Segundo Chehter (2013) um hábito intestinal normal envolve necessariamente na eliminação de fezes, sejam elas sólidas ou pastosas cilíndricas ou amórficas, sem muco, pus sangue ou restos alimentares e evacuações três vezes por dia até três vezes por semana, sem desconforto pélvico ou abdominal e com satisfação.

Já a constipação intestinal implica na presença de pelo menos um dos seguintes: fezes duras, fragmentadas, ressecadas e em pequeno volume; evacuação a intervalos superiores a três vezes por semana; evacuação incompleta ou insatisfatória; esforço, dificuldade ou necessidade de manobras para evacuar; dor anorretal ou perineal para evacuar; dor ou desconforto abdominal que se resolve com evacuação (CHEHTER, 2013).

O formato e consistência das fezes apresentam uma boa correlação com o intervalo decorrido desde a defecação anterior, sendo que fezes endurecidas e em bloco advêm de um trânsito mais lento e são mais difíceis de expelir, enquanto fezes aquosas e moles estão associadas a um trânsito mais acelerado (GAYO, 2013).

Considerações Finais

Em relação aos fatores associados ao desfecho, o presente estudo mostrou uma prevalência de constipação doze vezes maior entre as mulheres. Outras pesquisas também relataram que a constipação é mais frequente no sexo feminino, independentemente do critério diagnóstico adotado. Além disso, observou-se que mais da metade dos entrevistados apresentam dificuldades ao evacuar, em sua maioria utilizam laxantes como forma de tratamento.

Considerando que a constipação intestinal é caracterizada quando ocorrem duas ou menos evacuações por semana, nossa amostra em geral apresentou apenas dificuldades evacuatórias, pois a maior parte da população que relatou sofrer de constipação intestinal evacua ao menos três vezes por semana. Geralmente, esses

pacientes apresentam problemas na hora de evacuar, fezes duras, pequenos volumes e sensação de evacuação incompleta. Quando isso acontece o método de primeira escolha deve ser um laxante formador de massa, pois ele atua de forma lenta e suave, representando uma das formas mais seguras para promover evacuações regulares.

Em caso de falha no tratamento com reguladores intestinais deve-se optar pelo uso de laxantes osmóticos como a lactulose e a glicerina que auxiliam no amolecimento das fezes para facilitar a defecação. Os laxantes estimulantes como o bisacodil, causam irritação e cólicas abdominais, por esse motivo devem ser utilizados como última escolha para este tipo de tratamento.

Baseando-se nos resultados obtidos no presente estudo, recomenda-se que outras pesquisas populacionais também sejam realizadas com o intuito de avaliar outros possíveis fatores associados à constipação intestinal, como por exemplo, fatores comportamentais, principalmente o hábito alimentar e o uso de medicamentos.

Referências

AZEVEDO, Rodrigo Palácio de; FREITAS, Flavio Geraldo Rezende; FERREIRA, Elaine Maria; MACHADO, Flávia Ribeiro. Constipação intestinal em terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, vol. 21, n. 3, p. 324-331, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000300014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 abr. 2016.

AZEVEDO, Rodrigo Palácio de; MACHADO, Flávia Ribeiro. Constipação intestinal em pacientes graves: muito mais do que imaginamos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, vol. 25, n. 2, p. 73-74, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2013000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BONET, Sidiane; DIEFENTHAELER, Helissara Silveira. Avaliação do uso de medicamentos laxantes em grupos de idosos de Barão de Cotegipe – RS. **Perspectiva**, Erechim. v. 39, n.145, p. 97-107, mar. 2015. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/145_485.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Constipação Intestinal no Câncer Avançado**. Rio de Janeiro, 2009. p.1-38. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/constipacao.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BRAZ, Clara Regina de Souza; LESSA, Nilma Maria Vargas. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do Curso de Nutrição de um Centro Universitário de Minas Gerais. **Nutrir Gerais**, Ipatinga, v. 5, n. 8, p. 740-754, fev./jul. 2011. Disponível em: <

<http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume5/edicao-08/fatores-de-risco-e-prevalencia-de-constipacao.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

CESAR, Maria Auxiliadora Prolungatti et al. Colectomias no tratamento cirúrgico da constipação intestinal crônica: report of four cases relato de quatro casos. **Rev bras. colo-proctol.** Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, pp. 241-245, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802008000200015&script=sci_arttext&lng=es>. Acesso em: 14 mai. 2016.

CHEHTER, Luiz. Como Diagnosticar e Tratar Constipação intestinal. **RBM Revista Brasileira de Medicina.** São Paulo. v. 13, n. 70, p. 287-292, ago. 2013. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5502>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CHEHTER, Luiz. Constipação intestinal funcional crônica. **RBM Revista Brasileira de Medicina,** São Paulo, v. 69, n. 12, nov. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5295&fase=imprime>. Acesso em: 14 mai. 2016.

COLLETE, Vanessa Louise; ARAUJO, Cora Luiza; MADRUGA, Samanta Winck. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol. 26, n. 7, pp.1391-1402, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700018>. Acesso em: 29 abr. 2016.

CRUZ, Fabiano Robert Neves da. Constipação Intestinal: Abordagem Medicamentosa e não Medicamentosa. **International Journal of Nutrology,** Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.abran.org.br/RevistaE/index.php/IJNutrology/article/viewFile/132/145http://www.domusterapia.com.br/site/files/PF11n1APachecoConstEnc.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

FERNANDES, Elenise Stuker; BLASI, Tereza Cristina. Constipação intestinal relacionada com ingestão hídrica em mulheres. **Disc. Scientia,** Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 53-60, 2010. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/06.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FILHO, Carlos Isaia et al. Avaliação comparativa de eficácia clínica e tolerabilidade para a combinação de Cassia fistula e Senna alexandrina Miller em pacientes com constipação intestinal funcional crônica. **RevSocBrasClin Med.,** Porto Alegre, v. 12, p. 15-21, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4029.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2016.

FILHO, José Dantas Ribeiro; ALVES, Geraldo Eleno Silveira; DANTAS, Waleska de Melo Ferreira. Tratamentos da compactação experimental do cólon maior de equinos com hidratação enteral, intravenosa e sene (*Cassia augustifolia* Vahl). **Rev. Ceres**, Viçosa, vol. 59, n.1, p. 32-38, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-737X2012000100005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 14 mai. 2016.

GAYO, Mariana de Pinho Faria. **Obstipação Crônica em Adultos, do Diagnóstico ao Tratamento**. 2013. 42p. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Artigo de Revisão Bibliográfica - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, 2013. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=595494> . Acesso em: 10 out. 2016.

GOMES, Juliana Pinheiro. **Promovendo a saúde no tratamento de constipação dos idosos**. 2009. 38p. Monografia apresentada ao IV curso de Especialização em Educação e promoção da saúde (Faculdade em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Distrito Federal. 2009. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1287/1/2009_JulianaPinheiroGomes.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2016.

GREGÓRIO, Karine Pizoni. **O Uso Racional de Laxativos**. 2009. 40p. Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma. 2009. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003F/00003FC5.pdf>> . Acesso em: 10 out. 2016.

LACERDA, Fábio Vieira; PACHECO, Marcos Tadeu. **A ação das fibras alimentares na prevenção da constipação intestinal**. 2004. 4p. Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, Paraíba. 2004. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000435-ok.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MOREIRA, Antonio Francisco et al. Probióticos e Exercício Físico na Constipação. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 3, n.16, p. 305-315, jul./ago. 2009. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/161/158>>. Acesso em: 14 mai. 2016.

PACHECO, Ana Paula Siviero. Constipação X Encoprese – O Que Fazer Com o Cocô?, **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 69-80, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.domusterapia.com.br/site/files/PF11n1APachecoConstEnc.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SANTOS, Helimar Senna. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 48, p. 263-269, jul. 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2016.

WANNMACHER, Lenita. Constipação intestinal crônica no adulto e na criança: quando não se precisa de medicamentos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, Brasília, v. 3, n. 1, dez. 2005. Disponível em: <
<http://www.mineralmed.com.pt/documentos/pdf/861c230d-7f2f-4975-bc0e-71c875e7ee92.pdf> >. Acesso em: 17 abr. 2016.

CAUSAS DE ABSENTEÍSMO EM SERVIDORES PÚBLICOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

**Lenise de Souza Geremias¹; Sirli Resin²; Greice Lessa³; Karla Pickler Cunha⁴;
Edina Furlan Rampineli⁵**

¹Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

²Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

³Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

⁴Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

⁵Enfermagem. Unibave. enfermagem@unibave.net

Resumo: O absenteísmo é um problema que preocupa todas as empresas e corresponde ao período em que, por diversos motivos, o funcionário está ausente do seu local de trabalho. Este estudo buscou levantar as causas do absenteísmo em servidores públicos de saúde de um município do sul de Santa Catarina. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal e a população foi composta pelos servidores com vínculo empregatício no período de Jan/14 a Dez/15. Os resultados mostraram que a maior incidência de absenteísmo nas instituições (Secretaria de Saúde e Hospital Municipal), se deu em indivíduos do sexo feminino e correspondem em primeiro lugar ao auxílio doença e auxílio maternidade respectivamente. Além desses motivos, observaram-se motivos de doenças que podem estar relacionadas ao local de trabalho e função que o exercem.

Palavras-chave: Absenteísmo. Setor Público. Pessoal Técnico de Saúde.

Introdução

Ao se trabalhar com o tema absenteísmo, convém esclarecer o seu significado. A palavra tem origem no francês e pode ser definida como a soma do período em que o funcionário não comparece ao trabalho traduzindo-se em um problema para as empresas, pois o mesmo ocasiona custos diretos e indiretos oriundos da queda da produtividade, aumento do custo de produção, redução de qualidade do produto, diminuição da eficiência no trabalho e problemas administrativos. Nos serviços de saúde, os problemas vão além dos custos diretos e indiretos; a ausência do profissional de saúde no seu ambiente de trabalho independente do motivo é extremamente preocupante e representa um indicador sério frente à qualidade dos serviços prestados. Estes profissionais possuem como objetivo a promoção da saúde, combate às doenças e aos agravos à saúde, tratamento e reabilitação de pessoas. A ausência faz com que a equipe trabalhe com quadro reduzido ocasionando

desorganização do serviço, insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminuindo a qualidade da assistência prestada ao paciente (ROBAZZI et al., 1990).

O absenteísmo em profissionais de saúde é considerado um problema que merece atenção, sobretudo em organizações públicas de saúde, pois, estudos e relatos demonstram altos índices de ocorrências do mesmo (FERREIRA et al., 2011).

Sabe-se, porém, que diversas são as causas do absenteísmo, e estas nem sempre estão relacionadas exclusivamente ao funcionário. Em decorrência disso, faz-se necessária a realização de estudos para se identificar os fatores que levam ao absenteísmo ao posto de trabalho.

Sendo assim, apresenta-se a problemática desta pesquisa: Quais as causas de absenteísmo em funcionários públicos da secretaria municipal de saúde e hospital municipal de uma cidade do sul de Santa Catarina?

Em face do exposto, busca-se descrever as causas de absenteísmo dos servidores públicos que atuam na secretaria municipal de saúde e hospital municipal de um município da região Sul de Santa Catarina. Para atingir o objetivo proposto, os objetivos específicos foram: identificar o perfil dos servidores: gênero, idade, função escolaridade, vínculo empregatício e tempo de trabalho; apontar o número de funcionários afastados e o período de afastamento de trabalho; identificar na instituição se existe o Serviço Especializado em Medicina e em Engenharia do Trabalho (SESMT); verificar as causas de absenteísmo desses servidores públicos; descrever os prejuízos do absenteísmo para a população atendida e por fim, propor ações de enfermagem para intervenção ao absenteísmo.

O interesse por este estudo surgiu mediante os estudos em sala de aula, e por trabalhar na área da saúde, onde me deparo diariamente com diversos colaboradores ausentes do trabalho por diversos motivos, o que dificulta o trabalho do restante da equipe e o bom atendimento à população. Além disso, conhecer os vários aspectos e causas que levam os profissionais de saúde a ausentarem-se do trabalho, permite explorar o problema de forma integrada na tentativa de planejar e adotar corretas e efetivas medidas preventivas, onde o enfermeiro do trabalho que integra o SESMT possui papel importante nesta questão visto que o mesmo é responsável pela prevenção e tratamento de doenças e/ou acidentes relacionados ao trabalho.

Procedimentos Metodológicos

Considerando-se as classificações e tipos de pesquisas, este estudo, do ponto de vista da forma de abordagem do problema é classificado como quantitativo, pois traduzem em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Além disso, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (MORESI, 2003).

Quanto aos objetivos da pesquisa, caracteriza-se este estudo como descritivo, exploratório e documental. A pesquisa descritiva, segundo Garces (2010), observa, registra, analisa, descreve e correlaciona fatos e fenômenos sem manipulá-los e geralmente procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores.

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa exploratória em por objetivo descrever completamente determinado fenômeno sendo que podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas obtidas por intermédio de observação participante.

Segundo Gil (1999, p.51), a pesquisa documental “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. Conforme Santos (2000, p. 29) são considerados fontes documentais “tabelas estatísticas, relatórios de empresas, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos, fotografias, epitáfios, obras originais de qualquer natureza ou correspondência pessoal ou comercial”.

O contexto da pesquisa se deu em um município localizado no sul de Santa Catarina, mais especificamente no Hospital Municipal e Secretaria de Saúde considerando-se uma população para estudo de 114 colaboradores que possuíam vínculo empregatício com as instituições no período pesquisa, 2014 a 2015.

Para atingir o objetivo proposto neste trabalho, realizou-se uma coleta de dados de forma sistematizada em cinco etapas:

Etapa 1: Solicitação de autorização do gestor municipal e do secretário de saúde para uso dos dados referentes ao absenteísmo dos servidores da Secretaria de Saúde e Hospital Municipal;

Etapa 2: Autorização do gestor municipal e Secretário de Saúde para utilização das informações;

Etapa 3: Consulta em banco de dados do RH da Prefeitura Municipal referente ao perfil dos servidores com vínculo empregatício no período pesquisado (2014 e 2015) bem como informações referentes às faltas destes servidores;

Etapa 4: Compilação dos dados em planilha Excel.

Etapa 5: Com base nas informações coletadas, foram elaborados tabelas com discussão dos resultados dentro dos objetivos estabelecidos propostos na pesquisa.

Resultados e Discussão

O absenteísmo é um assunto que preocupa não só pelo fato de ocasionar custos para a empresa, mas também por prejudicar o desempenho da equipe que acaba sendo obrigada a trabalhar de forma desestruturada. Conhecer as causas que levam a este problema permite elaborar estratégias de minimização bem como estratégias preventivas para os casos de dias de trabalho com equipe reduzida.

Identificação do perfil dos servidores

Os dados levantados junto ao RH da Prefeitura Municipal do município em estudo mostraram que a Secretaria de Saúde e o Hospital Municipal possuíam um quadro de funcionários no período pesquisado com 82 e 32 funcionários respectivamente, totalizando uma população de 114 colaboradores no período. Para este total, foram encontrados 82 ocorrências de faltas(oitenta e dois), considerando-se atestados e licenças sem vencimento. Neste estudo desconsideraram-se as licenças sem vencimento, totalizando então 73 ocorrências de faltas no período.

Tabela2: Perfil dos servidores da Secretaria Municipal e Hospital pesquisado.

	Secretaria		Hospital		Total	
Gênero						
Feminino	71	87%	29	91%	100	88%
Masculino	11	13%	3	9%	14	12%
Faixa Etária						
Até 35 anos	48	59%	4	13%	52	46%
De 36 a 45 anos	16	20%	9	28%	25	22%
De 46 a 55 anos	12	15%	11	34%	23	20%
De 56 e 60 anos	5	6%	7	22%	12	11%
Acima de 61 anos	1	1%	1	3%	2	2%
Escolaridade						
EF Completo	4	5%	2	6%	6	5%
EF Incompleto	7	9%	8	25%	15	13%
EM Completo	39	48%	14	44%	53	46%

EM Incompleto	5	6%	0	0%	5	4%
ES Completo	25	30%	7	22%	32	28%
ES Incompleto	2	2%	1	3%	3	3%
TOTAL	82	100%	32	100%	114	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Conforme resultado apresentado na Tabela 1 observa-se que dos 114 servidores ativos no período, 82, ou seja, 72% estão locados na Secretaria de Saúde e 32 funcionários, que corresponde a 28% estão locados no Hospital Municipal.

Do total pesquisado, em relação ao gênero, observa-se expressiva maioria feminina, totalizando 100 servidores, que representam 88%, e apenas quatorze servidores do sexo masculino, que representam 12% do total.

Quanto à faixa etária, 77 servidores (68%) encontram-se com idade de até 45 anos, seguido de 23 servidores (20%) com idade entre 46 e 55 anos e 14 servidores (14%) com idade acima de 56 anos. Analisando-se o hospital municipal e a secretaria separadamente, observa-se que na secretaria de saúde, há predominância de servidores com idade de até 35 anos (59%), seguido de 20% com idade entre 36 e 45 anos. Em contrapartida, no hospital municipal há predominância de servidores com idade entre 46 e 55 anos (34%), seguido de 28% com idade entre 36 a 45 anos.

Já em relação à escolaridade, do total, observa-se que 46% possui Ensino Médio Completo, seguido de 28% com Ensino Superior Completo, o que era de se esperar devido às exigências mínimas necessárias para ocupar os cargos das instituições pesquisadas.

Tabela 3 - Perfil profissional dos servidores da Secretaria Municipal e Hospital pesquisado.

Profissão/Função	Secretaria		Hospital		Total	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Agente Comunitário de Saúde	23	28%	0	0%	23	20%
Técnico em Enfermagem	15	18%	9	28%	24	21%
Enfermeira	11	13%	4	13%	15	13%
Serviços administrativos (Telefonista, Recepcionista, Coordenador de setor)	4	5%	5	16%	9	8%
Nutricionista	2	2%	0	0%	2	2%
Odontólogo	4	5%	0	0%	4	4%
Médico	1	1%	0	0%	1	1%
Atendente Social	4	5%	1	3%	5	4%
Fisioterapeuta	2	2%	0	0%	2	2%
Psicólogo	2	2%	2	6%	4	4%
Agente de Saúde Pública	1	1%	0	0%	1	1%
Serviços Gerais (Vigia, Servente, Copeira)	8	10%	8	25%	16	14%

Auxiliar de Enfermagem	2	2%	3	9%	5	4%
Motorista	2	2%	0	0%	2	2%
Farmacêutico	1	1%	0	0%	1	1%
Tempo Vínculo Empregatício						
Até 1 ano	1	1%	1	3%	2	2%
Entre 1 e 5 anos	23	28%	1	3%	24	21%
Entre 6 e 10 anos	46	56%	4	13%	50	44%
Entre 11 e 15 anos	6	7%	22	69%	28	25%
Entre 16 e 20 anos	0	0%	0	0%	0	0%
Entre 21 e 25 anos	2	2%	0	0%	2	2%
Entre 26 e 30 anos	3	4%	2	6%	5	4%
Entre 31 e 35 anos	1	1%	1	3%	2	2%
Entre 36 e 40 anos	0	0%	1	3%	1	1%
TOTAL	82	100%	32	100%	114	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A tabela 2 retrata o perfil profissional da população pesquisada, indicando profissão e tempo de vínculo empregatício. Observa-se que as profissões com maior número de servidores corresponde ao Agente Comunitário, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro, com maior percentual de vínculo empregatício a faixa de 6 e 10 anos. Isso pode ser justificado pelo fato de maior número de profissionais contratados para estas funções, em relação aos demais.

Número e período de afastamento

Conforme já citado anteriormente, do total pesquisado (114 colaboradores), foram encontrados 73 (oitenta e dois) faltas (atestado, licença maternidade, auxílio doença, entre outros). A distribuição por sexo é mostrada na Tabela 3.

Tabela 4 - Distribuição de absenteísmo e dias pedidos de trabalho segundo o variável gênero.

Sexo	Secretaria		Hospital		TOTAL			
	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	%	Dias Perdidos	%
Fem.	37	2792	29	1818	66	90%	4610	89%
Mas.	4	551	3	8	7	10%	559	11%
TOTAL	41	3343	32	1826	73	100%	5169	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A Tabela 3 mostra a distribuição dos funcionários estudados levando-se em consideração a variável sexo. Verifica-se que a maioria dos afastamentos está

relacionada a profissionais do sexo feminino, tanto no hospital quanto na secretaria de saúde, totalizando 66 faltas (90%) das 73 contabilizadas.

Este fato pode ser justificado pela predominância de mulheres no quadro de funcionários das instituições pesquisadas, bem como pelo fato de as mulheres conciliarem o exercício profissional com as atividades domésticas, como o cuidado com a casa e educação dos filhos, o que acaba por gerar desgaste físico e mental destas profissionais (AZEVEDO, 2014).

Tabela 4 - Distribuição de faltas segundo a variável profissão\ função.

Profissão	Secretaria		Hospital		TOTAL			
	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	%	Dias Perdidos	%
Agente Comunitário de Saúde	6	150	0	0	6	8%	150	3%
Técnico em Enfermagem	7	407	14	1145	21	29%	1552	30%
Enfermeira	9	929	2	2	11	15%	931	18%
Serviços administrativos (Telefonista, Recepcionista, Coordenador de setor)	5	639	5	370	10	14%	1009	20%
Nutricionista	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Odontólogo	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Médico	1	12	0	0	1	1%	12	0%
Atendente Social	4	169	1	1	5	7%	170	3%
Fisioterapeuta	1	397	0	0	1	1%	397	8%
Psicólogo	1	78	1	2	2	3%	80	2%
Agente de Saúde Pública	1	3	0	0	1	1%	3	0%
Serviços Gerais (Vigia, Servente, Copeira)	5	343	7	260	12	16%	603	12%
Auxiliar de Enfermagem	1	216	2	46	3	4%	262	5%
Motorista	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Farmacêutico	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL	41	3343	32	1826	73	100%	5169	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Analisando-se a Tabela 4, observa-se que na secretaria de saúde, a profissão de enfermagem é a que possui maior número de faltas, com 9 ocorrências, seguido da profissão técnico de enfermagem, com 7 ocorrências e agente comunitário com 6 ocorrências. No hospital, o maior número de ocorrências de faltas, corresponde a função técnico de enfermagem, seguido de serviços gerais.

Tabela 5 - Distribuição de faltas segundo a variável tempo de trabalho na instituição.

Tempo Vínculo Empregatício	Secretaria		Hospital		TOTAL			
	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	Dias Perdidos	Faltas	%	Dias Perdidos	%
Até 1 ano	0	0	3	16	3	4%	16	0%
Entre 1 e 5 anos	7	518	3	12	10	14%	530	10%
Entre 6 e 10 anos	18	1024	13	1638	31	42%	2662	51%
Entre 11 e 15 anos	5	560	10	113	15	21%	673	13%
Entre 16 e 20 anos	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Entre 21 e 25 anos	5	896	1	1	6	8%	897	17%
Entre 26 e 30 anos	5	343	1	1	6	8%	344	7%
Entre 31 e 35 anos	1	2	1	45	2	3%	47	1%
Entre 36 e 40 anos	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL	41	3343	32	1826	73	100%	5169	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

De acordo com a Tabela 5, o maior número de faltas segundo o tempo de trabalho, corresponde a servidores que possuem entre 6 e 10 anos de trabalho, para ambas as instituições pesquisadas. Sobre isso, Andrade (2008) comenta que este fato pode ser justificado, pois em instituições públicas a estabilidade é adquirida após o período de dois anos e que esta depende do desempenho no período probatório.

Causas do absenteísmo de servidores das instituições pesquisadas

A Tabela 6 relaciona as causas do afastamento com local de trabalho, secretaria ou hospital.

Tabela 6 - Distribuição de faltas segundo o variável motivo do afastamento

Motivo Afastamento	Secretaria		Hospital		TOTAL				
	Faltas	Dias	Faltas	Dias	Faltas	%	Dias	%	
Auxílio Doença	13	1582	5	1138	18	25%	2720	53%	
Auxílio Maternidade	7	1267	2	255	9	12%	1522	29%	
Não Justificada	7	31	0	0	7	10%	31	1%	
Transtornos mentais e comportamentais	3	19	4	13	7	10%	32	1%	
Doenças do aparelho circulatório	1	4	5	18	6	8%	22	0%	
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	20	3	10	5	7%	30	1%	
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	5	17	5	7%	17	0%	
Doenças do aparelho respiratório	3	7	1	2	4	5%	9	0%	
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1	1	3	5	4	5%	6	0%	
Doenças do olho e anexos	2	14	0	0	2	3%	14	0%	
Licença sem vencimento	1	397	1	365	2	3%	762	15%	
								1050	

Doação de Sangue (Outros)	0	0	1	1	1	1%	1	0%
Doenças do aparelho digestivo	1	1	0	0	1	1%	1	0%
Filho Doente	0	0	1	1	1	1%	1	0%
Óbito de familiar	0	0	1	1	1	1%	1	0%
TOTAL	41	3343	32	1826	73	100%	5169	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

Em relação ao número de ocorrências, o auxílio doença (18 ocorrências e 2720 dias de falta), seguido do auxílio maternidade (9 ocorrências e 1522 dias de faltas) figuram as 2 primeiras posições, com o maior número de ocorrências. Os números relacionados ao auxílio maternidade foram levantados pela autora, porém conforme exposto anteriormente, para alguns autores o mesmo é considerado licença legal não sendo considerado absenteísmo. Vale salientar também que os motivos que ocasionaram auxílio doença não puderem ser levantados pela autora devido à ausência dessas informações.

O auxílio maternidade, não acarreta necessariamente prejuízos à população atendida, visto o fato de que estes afastamentos podem ser previstos e planejados. Porém, nos casos em que as faltas ao trabalho não são programadas o quadro de funcionários fica reduzido ocorrendo sobrecarga de trabalho e atendimento insuficiente à população.

As faltas não justificadas estão na 3ª posição com 7 ocorrências e 31 dias de faltas, sendo exclusivamente em servidoras do sexo feminino e da secretaria de saúde. Este achado pode ser justificado pelo fato de a mulher, de um modo geral, ser responsável pelos afazeres de casa e o cuidado com os filhos, deixando sua rotina sobrecarregada.

Em relação aos atestados por motivos de doença, os maiores números de afastamentos são decorrentes de transtornos mentais, 7 ocorrências, doenças do aparelho circulatório, 6 ocorrências, sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, 5 ocorrências, e doenças do aparelho respiratório, 4 ocorrências.

Segundo Sancinetti et al (2009), a alta incidência de cargas fisiológicas, comprovadas pela manipulação de peso e adoção de posturas inadequadas na movimentação de pacientes, assim como a carga psíquica, relacionadas à própria natureza do trabalho, são assinalados como causadores de estresse, depressão e outros distúrbios psíquicos nos trabalhadores de enfermagem, incidindo em índices elevados de afastamento ao trabalho.

Em relação às doenças osteomusculares, estas se constituem em uma das causas mais frequentes de absenteísmo laboral e invalidez permanente. Segundo Martinato (2010), a doença osteomuscular é um problema no cotidiano dos profissionais de enfermagem, decorrentes do risco ergonômico que os profissionais estão expostos no seu ambiente de trabalho. Além disso, são motivos que podem desencadear doenças relacionadas ao sistema osteomuscular: a modernização no local de trabalho, fatores biomecânicos como mobiliário inadequado, posturas viciosas, força e repetitividade, fatores ligados a organização do trabalho como aumento do ritmo, exigência do tempo e falta de autonomia e fragmentação das atividades, continuidade da divisão do trabalho, rotatividade da mão de obra, intensificação do ritmo de trabalho e relações autoritárias de gerenciamento (ROSA; FERREIRA; BACHION, 2000).

Em relação às doenças do sistema respiratório, segundo Barcelos (2010), a exposição dos funcionários de saúde a agentes biológicos e químicos podem ser as causas de infecções no trato respiratório.

Entre as faltas justificadas por motivos de doença, encontrou-se também “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, que corresponde ao CID 10. Este grupo inclui os atestados relacionados ao acompanhamento de familiares com problemas de saúde ou consultas médicas.

As instituições estudadas não possuem SESMT o que pode contribuir para o aumento de doenças ocupacionais e aumentando os números de faltas visto que este serviço tem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu ambiente de trabalho, orientando medidas de controle dos riscos ambientais. Além disso, cabe ao SESMT promover e implementar nos locais de trabalho dos programas preventivos de segurança e saúde do trabalho conforme a atividade econômica desenvolvida pela empresa.

O campo da enfermagem do trabalho vem sendo ampliada a cada dia, com a execução de suas funções, sendo elas na área administrativa, de assessoria e assistência de enfermagem de forma holística aos trabalhadores. A enfermagem do trabalho tem desempenhado papel decisivo no planejamento da prestação de serviços e segurança nos locais de trabalho, deixando claros a relevância da assistência e o resultado global no custo- benefício. O local de trabalho tem influência direta na saúde dos indivíduos, sendo este, privilegiado para a promoção da saúde, uma vez que

grande parte da vida se passa no ambiente de trabalho. (LUCAS, 2004 *apud* NIERO, 2009)

O enfermeiro tem como função principal planejar, avaliar e executar atividades relacionadas com serviço de higiene, medicina e segurança do trabalho, integrando equipes de estudos, para propiciar a prestação da saúde e valorização do trabalhados. Estuda as condições de segurança e periculosidade de empresa, efetuando observações nos locais de trabalho e discutindo- as em equipe. Conforme Carvalho (2001) descreve as funções em quatro divisões distintas: assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa.

Considerações Finais

O absenteísmo é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Identificar as suas causas é de fundamental importância em todos os tipos de empresas, pois contribui para a adoção de medidas preventivas que visem reduzir as faltas ao trabalho, proporcionando aos trabalhadores uma melhor qualidade de vida, diminuindo o processo de adoecimento que repercute diretamente na assistência de enfermagem prestada aos clientes.

Mesmo sabendo que as condições de trabalho vividas por muitos trabalhadores de enfermagem, contribuem para o desenvolvimento de problemas de saúde, geralmente provenientes do ambiente de trabalho, da forma de organização e das atividades insalubres que executam os resultados mostraram que este não é o principal motivo de afastamentos nas instituições pesquisadas, isso porque, os principais motivos para o absenteísmo no período estudado foi o auxílio doença seguido da licença maternidade e faltas não justificadas em servidores do sexo masculino.

Conclui-se desta forma que os objetivos deste estudo foram atingidos sendo possível ainda observar que o SESMT caso se fizesse presente nas instituições pesquisadas, com a atuação efetiva do enfermeiro do trabalho poderia promover ações de saúde que contribuiriam para redução dos índices de absenteísmo no trabalho, melhorando as condições de trabalho e conseqüentemente o atendimento a população.

Referências

AGUIAR, Gisele de A Souza; OLIVEIRA, Jannine Rodrigues de. Absenteísmo: Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**. Vol. XIII, nº 18, 2009.

ALVES, Fabianna Vilela; OLIVEIRA, Ivanete da Rosa Silva de. **Absenteísmo de equipe de enfermagem em hospitais: a principal causa sob a ótica da produção científica da área**. 2012. Disponível em: <https://www.posgraduacaoredentor.com.br/hidden/path_img/conteudo_54234543e7418.pdf>. Acesso em 15 out. 2016

AZEVEDO, Bruno, Del Sarto. Absenteísmo na equipe de enfermagem em cuidados críticos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 285-295, ago./dez. 2014.

BARBOSA, Donizeti Aparecido. **O programa de prevenção de riscos ambientais e a norma regulamentadora NR-32**: Roteiro para implantação do PPRA de acordo com a NR-32. 2010. Disponível em: <http://www.riscobiologico.org/lista/20100415_TCCDonizetiPPRA.pdf>. Acesso em 16 Dez. 2016.

BARCELOS, Stephanie. **Caracterização do Perfil de Absenteísmo-doença dos Funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição-Tubarão/SC**. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/945/1/Stephanie%20Barcelos.pdf>>. Acesso em 10 out. 2016.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem do trabalho**. SP: EPU, 2001.

CASTRO, Alfredo Pires de C. **Manual de Gestão de Pessoas e equipes: Estratégias e tendências**. São Paulo: Gente, 2002.

CESARINO Júnior, Antônio F. **Direito Social Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 1970.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na empresa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2, 139p.

_____, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**, 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____, Idalberto. **Gerenciando pessoas**: como transformar os gerentes em gestores de pessoas, 4 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

_____, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

_____, Idalberto, **Gestão de Pessoas**: O novo papel dos recursos humanos nas organizações, 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 1, p. 38-44, Feb. 2009 .

DOS ANJOS, Andre Gustavo Cosme. **Absenteísmo nas organizações.** 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/absenteismo-nas-organizacoes/35208/>. Acesso em 18 out. 2016.

GARCES, Solange Beatriz Billig. **Classificação e Tipos de Pesquisa.** Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ, abril, 2010.

GEHRING JUNIOR, Gilson et al . Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 3, p. 401-409, Sept. 2007

FAGUNDES, Gilmara. **NR-32: uma realidade na área hospitalar.** 2007. Disponível em:<<http://www.saudeetrabalho.com.br/download/NR32-gilmara.pdf>>. Acesso em 16 Dez. 2016

FERREIRA, Edeilson Vicente; et al. Absenteísmo dos Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4): 742-9.

FRANÇA, Ana Cristina Limongi. **Práticas de Recursos Humanos – PRH: conceitos, ferramentas e procedimentos.** São Paulo: Atlas, 2007.

FURLAN, J.A.S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. De Administração em Saúde.** v.15, n.60, p.111-120, jul./set.2013.

FURQUIM, Maria Célia de Araújo. **A Cooperativa como alternativa de trabalho.** São Paulo: LTr, 2001.

GARCES, Solange Beatriz Billing. **Classificações e tipos de pesquisas.** 2010. Disponível em: <<http://www.redepoc.com/jovensinovadores/ClassificacaoeTiposdePesquisas.doc>>. Acesso em 10 out. 2016

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5.ed. São Paulo: Atlas,1999.

GURAS, Cláudia Luísa. **Enfermagem e Segurança no Trabalho.** 2012. Disponível em:<http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=453:enfermagem-e-seguranca-no-trabalho&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em 13-09-2016.

LAKATOS, E.m.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do Trabalho Científico.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2003

LEE, J.B.; ERICKSEN, L.R. . **The effects of a policy change on three types of absence.** J.Nurs. ADM . Billerica ,1990.

LUCCA, Sergio Roberto de; RODRIGUES, Marcelo Scapari Dutra. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Trab.** 015;13(2):76-82.

MALLADA, Francisco Javier Ribaya, **Gestão do absenteísmo trabalhista nas empresas espanholas.** 2004. Disponível em: <<http://www.kplus.com.br>>. Acesso em 5 out. 2016.

MARANHÃO, Délio; CARVALHO, Luiz Inácio Barbosa. **Direito do Trabalho.** 17ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

MARTINATO, Michele Cristiene Nachtigall Barboza et al . Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 160-166, Mar. 2010 .

MAURO, M. Y. C; PAZ, A. F; MAURO, C. C. C; PINHEIRO, M. A. S; SILVA, V. G. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Rev Enferm.** v.12, n.1, p.13 -18, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? In: **Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz**, jul./set., 1993.

MORESI, Eduardo (Org.). **Metodologia da pesquisa.** Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003. Disponível em: <http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

NASCIMENTO, G.M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP.** Ribeirão Preto. 2003. 107 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NIERO, Sirli Resin. **Acidentes de trabalho em uma empresa do ramo de fabricação de embalagens plásticas: um estudo dos casos e das medidas preventivas de enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. UNIBAVE, Orleans, 2009.

OENNING, Nágila Soares Xavier. **Absenteísmo com licença médica em uma coorte de Trabalhadores da área de Serviços de uma Indústria de petróleo.** 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2011.

OLIVEIRA, Luciana Brasil Moreira de. **Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem em um hospital público.** 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO->

9T9EDB/luciana_brasil_moreira_de_oliveira.pdf?sequence=1>. Acessado em 25 out. 2016.

OLIVEIRA, E. R. A; GARCIA, A.L; GOMES, M. J; BITTAR, T. O; PEREIRA, A. C. Gênero e qualidade de vida percebida - estudo com subjetividade da área de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.17 n.3, mar. 2012.

PENATTI, I.;ZAGO, J.S.; QUELHAS, O. Absenteísmo: As consequências na gestão de pessoas. **III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2004

QUICK,T.C.: LAPERTOSA , J. B. **Análise do absenteísmo em usina siderúrgica**. Ver. Brás. Saúde Ocupacional., v.10,n.40, 1982.

ROBAZZI, MLCC;PARACCHINI SA, Gir;SANTOS, WDI;MORIYA, TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Rev Bras Saúde Ocup**,18(69):65-70, jan.-mar. 1990.

ROSA, D. P.; FERREIRA, D. B.; BACHION, M. M. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: situação na construção civil em Joianic. Goiânia (GO): **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.2, n.1, jan./jun. 2000.

SANCINETTI, Tania Regina et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. esc. enferm**, vol.43, n.2, 2009.

SANTOS, Antônio. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 3.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SCHERMERHORN, John R; HUNT, James G; OSBORN, Richard N. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 1999.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Basic of Qualitative Research-techniques and procedures for developing grounded theory**. United States: Sage Publications, 1998.

SOBRAL, Emily. **Função de relevância no SESMT**. 2015. Disponível em: <http://segurancaocupacionais.com.br/funcao-de-relevancia-no-sesmt/>. Acesso: 21 set. 2016

VALERETTO, Fernanda Aparecida; PERRECHI, Mirtes Cristina Telles.**O papel do enfermeiro na prevenção de riscos ergonômicos nas empresas**. 2013. Disponível em: <<http://www.workshop-ded.ufv.br/wp-content/uploads/Fernanda-Aparecida-Valeretto-Tem%C3%A1tica-Ergonomia.pdf>>. Acesso em 10 out. 2016.

WAGNER, John A.; HOLLENBECK, John R. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA FORMA FARMACÊUTICA PARA FACILITAR A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS A CÃES

**Fernando Mateus Scremin¹; Andresa Corneo Gazola¹; Luiz Fábio Bianco¹;
Fabrício Eládio Felisbino¹; Heloisa Caetano Michels¹**

¹Centro Universitário Barriga Verde - Unibave. screminfm@yahoo.com.br.

Resumo: Nos animais domésticos o tratamento medicamentoso é um problema, devido à necessidade do uso regular e prolongado, pois há uma dificuldade na administração de medicamentos por via oral, contribuindo para uma baixa taxa de cura clínica. Realizou-se o desenvolvimento e avaliação da estabilidade preliminar do biscoito Pill Pocket, voltado à facilidade da administração em animais domésticos. O objetivo foi avaliar as características do biscoito em um período de quinze dias, através da identificação de variações de temperatura e características organolépticas. Na avaliação preliminar da estabilidade todas as amostras permaneceram estáveis, exceto a que foi submetida a temperatura elevada. Desta forma sugere-se a modificação na formulação inicial, para melhorar a estabilidade do produto e realizar novos testes de estabilidade.

Palavras-chave: Pill Pocket. Veterinária. Estabilidade. Farmacotécnica.

Introdução

Os laboratórios farmacêuticos veterinários multinacionais desenvolvem novas moléculas para uso animal e também realizam pesquisas com moléculas existentes para humanos, que poderão ser utilizadas em animais. Já os laboratórios farmacêuticos veterinários nacionais se destinam a estudar moléculas existentes e com eficácia comprovada para o uso em animais (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Nos animais domésticos o tratamento medicamentoso é um problema presente devido à necessidade do uso regular e prolongado, pois há uma dificuldade na administração de medicamentos por via oral, contribuindo para uma baixa taxa de cura clínica (COUTO, 2014).

A forma farmacêutica e a via de administração influenciam na seletividade de um medicamento e suas indicações. A administração de um fármaco pode ser realizada por diferentes vias, mas o sucesso terapêutico depende da escolha adequada (VILLANOVA; GUEDES; SEVERI, 2014).

Uma droga quando administrada por via oral, tem a finalidade de conduzir o medicamento ao estômago e intestino, para ser absorvido e levado através da circulação sanguínea aos tecidos. Apesar de existir soluções de uso oral como elixir

e suspensão, a maioria das formas para a dosagem oral é sólida (VILLANOVA; GUEDES; SEVERI, 2014).

Como limitações desta via temos a inativação do medicamento pelo suco digestivo, incerteza da quantidade absorvida e possibilidade de ação irritante sobre a mucosa (MONTANHA; AZEVEDO, 2013).

A prática de triturar ou misturar o medicamento no alimento para facilitar a adesão do animal ao tratamento leva a uma limitação de ingestão da dose prescrita e na maioria das vezes o animal não aceita que o proprietário administre o medicamento diretamente na boca. Neste sentido, o aroma, sabor, textura e formato da medicação exercerão influência significativa para a tomada da dose necessária ao tratamento (VILLANOVA; GUEDES; SEVERI, 2014).

Pensando na necessidade de facilitar a administração medicamentosa e tratamento do animal a Virbac (empresa francesa dedicada exclusivamente à saúde animal) criou produtos diferenciados, buscando suprir estas dificuldades (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Desenvolveu comprimidos palatáveis e vermífugos transdérmicos para donos que apresentam problemas em administrar medicamentos. Shampoos com microesferas diminuindo o número de banhos necessários. Desenvolveu também princípios ativos de pastas de dentes e limpadores auriculares que diminuem o mau cheiro (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006).

Diversas formas farmacêuticas diferenciadas com o uso de dispositivos para melhorar a eficácia do tratamento em cães são utilizadas, como por exemplo, dispositivos orais como pílulas, seringas, pastas dispensadoras, dispositivos de água com medicação, dispositivos para dose oral e dispositivos de lançamento prolongado (TIWARI et al., 2014).

Atualmente a P&D está aumentando largamente no setor de saúde animal, pois a competitividade das indústrias está partindo de novas descobertas de princípios ativos, novos usos para princípios ativos já existentes a fim de produzir novos produtos. As empresas buscam um desenvolvimento próprio de produtos, onde os aspectos químicos possam ser patenteados e que apresentem os efeitos biológicos adequados sobre doenças específicas (OMOTE; SLUSZZ, 2013).

Baseado neste contexto o objetivo deste trabalho foi o desenvolvimento de uma forma farmacêutica que facilite a administração de medicamentos sólidos de uso oral a cães.

Procedimentos Metodológicos

Os experimentos de desenvolvimento da formulação e os testes de estabilidade físico-química foram realizados nos laboratórios de saúde do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, no período de 01/08/16 a 30/09/17.

Para o preparo e testes de estabilidade foram utilizados os seguintes equipamentos e vidrarias: balança analítica, Bel equipamentos analíticos (Mark S 303), capacidade 310 gramas; refrigerador Electrolux semiautomático RDE 35/2202v (super); Estufa digital Delea-equipamentos para laboratórios; chapa de aquecimento com agitador magnético, DI – 03 – DIST; Becker de vidro calibrado, capacidade 250 gramas; termômetro (0 – 150°C); espátulas de inox; gral com pistilo de porcelana; molde em pvc para formar o Pill Pocket; embalagens plásticas.

Foi desenvolvido 100g de massas do biscoito Pill Pocket, onde cada biscoito contém 7g (1,5cm de altura, 1,6cm de largura e 1,7cm de comprimento). Para o preparo da base da formulação foram necessários três dias. O preparo da formulação está dividido em três fases, como representado na Tabela 01.

Tabela 01 – Formulação do Pill Pocket

Fase	Formulação 100g	Concentração
A	ÁCIDO CÍTRICO	0,6g
A	SORBATO DE POTÁSSIO	0,3g
A	POLIDEXTROSE	7g
A	CMC	7g
A	B- PROTEIN	4g
A	BICARBONATO	0,25g
A	FARMAL CS 3650	15g
A	AROMA CARNE	0,4g
A	CORANTE VERMELHO	0,7g
B	GELATINA	8g
B	ÁGUA	46,95g
C	ÓLEO DE COCO	10g
C	VITAMINA E	0,5g

Inicialmente a fase A foi pesada, e foram colocadas em um gral para realizar a homogeneização. Foi pesada a fase B, a qual foi colocada em um Becker com previa homogeneização e depois aquecida até fundir-se completamente e atingir cerca de 70°C, obtendo assim uma solução homogênea e transparente. Pesou-se a fase C da formulação e colocou-se na chapa de aquecimento até fundir-se completamente e atingir cerca de 70°C, obtendo assim uma solução homogênea.

Quando a fase B e C separadamente tornaram-se homogêneas atingindo os 70°C adicionou-se à fase A e com as mãos, utilizando luvas foi realizada a homogeneização da massa por completo.

Com a massa preparada colocou-se em um molde, pressionando para que adquirisse a forma desejada e em seguida foi colocada em geladeira a 5°C durante 1 hora.

Análise das Formulações

Para avaliação da estabilidade inicial, foram realizados testes sob diferentes condições, de acordo com o guia de avaliação e controle de qualidade analítica (BRASIL, 2011), guia para comprovação da segurança de alimentos e ingredientes (BRASIL, 2013) e a normativa nº 9, de 09 de julho de 2003 (BRASIL, 2003), que demonstrem que o produto não sofreu alterações significativas que possam comprometer sua segurança, finalidade ou qualidade. Onde o tempo zero da análise inicial corresponderá a 48 horas após a produção.

As demais avaliações foram realizadas regularmente para o teste preliminar. A formulação final foi avaliada sob diferentes condições de temperatura e características organolépticas. Como não existe uma legislação específica para o controle de qualidade deste tipo de produtos, os testes foram adaptados da legislação vigente para medicamentos e cosméticos.

Os parâmetros avaliados foram definidos de acordo com as características da formulação em estudo e dos componentes utilizados. De modo geral, avaliaram-se as características organolépticas, como, aspecto, cor e odor (BRASIL, 2004b).

Teste Preliminar de Estabilidade

Neste teste mantiveram-se nove amostras do biscoito, divididas em três para as seguintes temperaturas, ambiente (20+/-2°C), geladeira (5 +/- 2°C) e estufa (40+/- 2°C) durante quinze dias. Sendo que após a análise eram devolvidas para seus respectivos ambientes. Essas temperaturas ajudam a acelerar possíveis reações entre os componentes da formulação que foram observados durante as análises.

Resultados padrões estabelecidos indicam um parâmetro a ser seguido conforme os resultados obtidos durante os quinze dias de teste (BRASIL, 2004a).

Caracterização da Amostra Inicial

A amostra foi analisada 24 horas após o preparo da formulação a fim de determinar as características iniciais do biscoito Pill Pocket. Os resultados obtidos na caracterização inicial da formulação foram utilizados como referência para a comparação com os resultados obtidos nas etapas posteriores.

Segundo a normativa nº 9, de 09 de julho de 2003 (BRASIL, 2003), a formulação deve possuir as características desejáveis, demonstrando que o produto não sofreu alterações significativas que possam comprometer sua segurança, finalidade ou qualidade.

Características Organolépticas

As características organolépticas determinam os parâmetros de aceitação do produto pelo consumidor. De um modo geral, avaliaram-se: aspecto; cor e odor. Estes parâmetros permitiram analisar visualmente as alterações das amostras. Este teste foi realizado todos os dias, sendo de muita importância, pois uma possível instabilidade poderia ser visualizada facilmente. Verificaram-se alterações como, o endurecimento da formulação, alteração de cor e odor. Para avaliação do aspecto e cor foram analisadas visualmente verificando se ocorreram modificações macroscópicas e o odor através do olfato (BRASIL, 2004a).

Resultados e Discussão

Durante os testes para o desenvolvimento da formulação, inicialmente foi utilizado amido pré-gelatinizado, segundo STRINGHINI et al. (2008), este processo altera a estrutura do amido, onde os grânulos se unem a moléculas de água resultando em uma estrutura semelhante à gelatina. Quando ligados a outros compostos formam uma estrutura porosa que tem a função de absorver umidade e gordura da preparação.

Porém, este amido deve ser utilizado em produtos que não se faz necessário aquecimento durante seu processo de preparação, podendo apresentar textura polposa ou porosa, o que pode não ser muito adequado para diversos produtos (AMIDOS, 2009). No processo de preparação do biscoito Pill Pocket, realizou-se o aquecimento das fases B e C, onde em seguida foi adicionado à fase A, que continha a presença de amido pré-gelatinizado. Possivelmente este aquecimento levou à

formação de grânulos e textura quebradiça do biscoito, desfavorecendo a sua homogeneização e propriedade de obter o formato desejado (figura 1).

Figura 1 – Formulação do biscoito Pill Pocket com amido pré-gelatinizado.

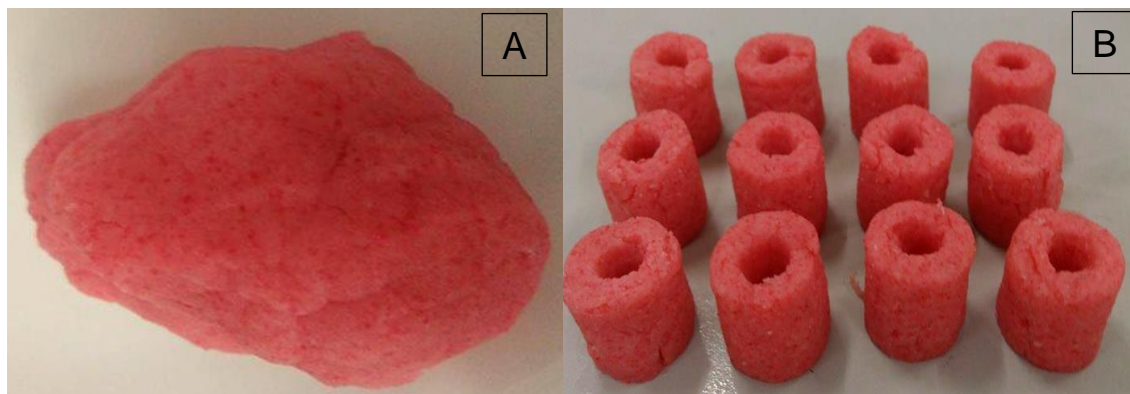


Fonte: Autores (2016).

O amido pré-gelatinizado foi substituído por amido simples que apresenta uma granulometria menor. O amido não modificado se intumescce e hidrata facilmente, perdendo sua viscosidade devido ao rompimento dos grânulos produzindo uma pasta pouco espessa, porém bastante elástica e homogênea (AMIDOS, 2009). Portanto a troca do amido foi essencial para se obter a formulação com os aspectos desejáveis, possuindo textura homogênea, boa aparência e facilidade de molde (figura 2).

Foram realizadas análises com a amostra inicial que foi denominada amostra padrão. Com os resultados obtidos por essas análises foram feitas comparações com as demais amostras a fim de determinar as características aceitáveis e esperadas do biscoito Pill Pocket nos estudos de estabilidade. Segundo Ferreira (2011), a velocidade de reação específica e a velocidade de degradação podem ser afetadas pelas variações de temperatura. A cada aumento de 10^o C da temperatura a velocidade de degradação de um fármaco duplica ou triplica.

Figura 2 – Massa do biscoito Pill Pocket com amido de milho (A). Biscoitos Pill Pocket com amido de milho (B).



Fonte: Autores (2016).

O MAPA classifica um produto composto por ingredientes ou matérias-primas para alimentação de animais de companhia que atenda as exigências nutricionais específicas, onde a formulação é isenta de qualquer agente farmacológico ativo como alimento coadjuvante, onde se encaixa o biscoito Pill Pocket (BRASIL, 2009).

No teste preliminar de estabilidade ocorreram leves alterações nas características organolépticas como o aspecto, cor e odor. Segundo Brasil (2004a), as temperaturas elevadas aceleram as reações físico-químicas, podendo levar a alterações na atividade dos componentes, aspecto, cor e odor do produto (Figura 3). Baixas temperaturas aceleram possíveis alterações físicas como a cristalização. Problemas provocados devido a temperaturas elevadas, ou muito baixas, podem ser decorrentes de não conformidades no processo de produção ou armazenamento do produto.

Figura 3 – Biscoito Pill Pocket levado à estufa (40°C) (sem corante vermelho).



Fonte: Autores (2016).

Tabela 02 – Análises das características organolépticas no teste de estabilidade preliminar.

	Temperatura Ambiente (20°C)			Geladeira (5°C)			Estufa (40°C)		
	Cor	Odor	Aspecto	Cor	Odor	Aspecto	Cor	Odor	Aspecto
1º dia	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2º dia	N	N	N	N	N	N	M	M	M
3º dia	N	N	N	N	N	N	M	M	M
4º dia	N	N	N	N	N	N	M	M	M
5º dia	N	N	N	N	N	N	M	M	M
6º dia	N	N	N	N	N	N	M	M	M
7º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
8º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
9º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
10º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
11º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
12º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
13º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
14º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M
15º dia	N	N	N	N	N	L	M	M	M

Legenda: N – normal; L – levemente modificado; M – modificado; I – intensamente modificado
Fonte: Autores (2016).

Segundo Brasil (2004a), um produto para ser considerado seguro para o consumo não devem apresentar alterações significativas do produto, devendo manter-se íntegro durante todo o teste e conservando seu aspecto inicial. Para isto deve-se também considerar compatibilidade com o material de acondicionamento para manter a formulação estável.

Em embalagem o produto não apresentou modificações organolépticas em temperatura ambiente e em geladeira, apresentando seu aspecto inicial até o término dos testes realizados, porém sem acondicionamento em embalagem plástica o produto perde sua maleabilidade e torna-se levemente endurecido, portanto se faz necessário a utilização de embalagem plástica vedada.

Para que o produto seja adequado, somente pequenas alterações podem ser aceitas em condições críticas de exposição. Desta forma a escolha da embalagem final influenciará diretamente na qualidade do produto.

Considerações Finais

Após os estudos realizados, foi possível confirmar que o produto se manteve estável na maioria dos testes, apenas apresentou instabilidade em elevada

temperatura. É de suma importância a continuidade dos testes para aprimorar a formulação, pois há necessidade do desenvolvimento de um produto igual ao Pill Pocket para facilitar a administração de medicamentos sólidos em cães.

Os novos testes devem ser realizados já em sua embalagem final a fim de garantir a estabilidade final do produto, incluindo os testes microbiológicos para garantir a eficácia do conservante utilizado.

Este biscoito Pill Pocket é mais atrativo e agradável ao paladar, tornando-se uma alternativa muito eficaz para tratamentos prolongados ou curtos, elevando a taxa de cura clínica sem possíveis transtornos aos cães.

Referências

AMIDOS: Fontes, Estruturas e Propriedades Funcionais. **Aditivos e Ingredientes**, São Paulo, n. 63, p. 26-37, jul./ago. 2009. Disponível em: <http://insumos.com.br/aditivos_e_ingredientes/materias/124.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Instrução Normativa Nº 9, de 09 de julho de 2003**. Regulamento técnico sobre fixação de padrões de identidade e qualidade de alimentos completos e de alimentos especiais destinados a cães e gatos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 14 de julho de 2003.

_____. **Decreto nº 5053, de 22 de abril de 2004**. Aprova o regulamento de fiscalização de produtos de uso veterinário e dos estabelecimentos que os fabriquem ou comerciem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 abr. 2004a.

_____. Guia de Estabilidade de Produtos Cosméticos. . **Agência Nacional De Vigilância Sanitária**, Brasília. 1. ed. 2004b. p. 11 - 53. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/106351/107910/Guia+de+Estabilidade+de+Produtos+Cosm%C3%A9ticos/49cdf34c-b697-4af3-8647-dcb600f753e2>>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Ministério de agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Instrução normativa nº. 30, de 05 de agosto de 2009**. Disponível em: <<http://sistemasweb.agricultura.gov.br/sislegis/action/detalhaAto.do?method=visualizarAtoPortalMapa&chave=1312271284>>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Guia de Validação e Controle de Qualidade Analítica: Fármacos em Produtos para Alimentação Animal e Medicamentos Veterinários**. Brasília: BINAGRI, 2011. p. 73. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/Laboratorio/Guia-de-validacao-controle-de-qualidade-analitica.pdf>. Acesso em: 09 junh 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para comprovação da segurança de alimentos e ingredientes**. Brasília, 2013.

COUTO, C. S. F. **Atividade antifúngica dos óleos essenciais de Baccharis trimera Less (D.C.) e de Origanum Vulgare Linnaeus frente às linhagens causadoras de esporotricose.** 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/525/1/camilasoareshurtadocouto.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

FERREIRA, Anderson de Oliveira. **Guia prático de farmácia magistral.** 4. ed. São Paulo: Pharmabooks Editora, 2011. p. 40 – 101.

MONTANHA, F. P.; AZEVEDO, M. G. P. Administração medicamentosa: vantagens e desvantagens das diferentes vias. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, São Paulo, v. 20, n. 11, p.1-6, jan. 2013. Semestral. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/aKogti4uNzM2EtQ_2013-6-21-16-16-23.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

OLIVEIRA, C. B. D.; OLIVEIRA, C. R. MERCADO FARMACÊUTICO VETERINÁRIO: UMA ESTRATÉGIA DE PRODUTO E MARKETING PARA O SUCESSO DA LINHA PET. In: XIII SIMPEP, 13., 2006, Bauru. **Artigo.** São Paulo: S.i, 2006. p. 1 - 12. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/526.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

OMOTE, H. S. G.; SLUSZZ, T. Prospecção de mercado visando p&d para medicamentos veterinários para bovinocultura no Brasil. **Geintec: Gestão, inovação e tecnologias**, São Cristóvão, v. 3, n. 5, p.129-147, 2013. Disponível em: <<http://www.revistageintec.net/portal/index.php/revista/article/view/294/344>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

STRINGHINI, J. H. et al. Desempenho de pintos de corte alimentados com rações contendo milho pré-gelatinizado. **R. Bras. Zootec.**, São Paulo, v. 38, n. 9, p.1738-1744, 20 out. 2008. Disponível em: <<http://www.sbz.org.br/revista/artigos/7574.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

TIWARI, S. et al. Veterinary dosage forms: Review. **International Journal Of Applied Pharmaceutics**.(s.i.), 26 jan. 2014. p. 20-29. Disponível em: <<http://www.ijaponline.org/Vol6Issue1/179.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.

VILLANOVA, J.C.O.; GUEDES, R.A.; SEVERI, J.A. Desafios farmacêuticos no desenvolvimento de produtos veterinários. In: DEMINICIS, B. B.; MARTINS, C. B. (Org.). **Tópicos especiais em Ciência Animal III.** Alegre: Calefes, 2014. p. 231-239. Alegre: Calefes, 2014. p. 231-239.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA HOSPITALAR DE MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

Jaqueline Nazário¹; Ana Paula Bazo²; Fabrício Eládio Felisbino³; Alexandre Piccinini⁴; Cleonice Maria Michelin⁵

¹ Acadêmico Curso de Graduação em Farmácia. UNIBAVE. jaque.juninho@hotmail.com

² Professor Curso de Graduação em Farmácia. UNIBAVE. apbazo@gmail.com

³ Professor Curso de Graduação em Farmácia. UNIBAVE. fabriciofelisbino@gmail.com

⁴ Professor Curso de Graduação em Farmácia. UNIBAVE. alexandre.piccinini@unibave.net

⁵ Professor Curso de Graduação em Farmácia. UNIBAVE. c_michelon@hotmail.com

Resumo: A dispensação de medicamentos refere-se ao ato de entregar aos usuários do serviço de saúde, os medicamentos dos quais eles necessitam para a manutenção ou recuperação de sua saúde, porém, o serviço precisa ser organizado e criterioso para que haja dispensação consciente, nas quantidades adequadas e com o devido esclarecimento ao paciente. O objetivo do presente estudo foi verificar quais são os medicamentos de maior dispensação na farmácia de um hospital de município do sul de SC. Foi realizado levantamento de dados no período abril a junho de 2016. Verificou-se que os analgésicos e antitérmicos foram os medicamentos mais dispensados, em alguns períodos correspondendo a 60% de toda a medicação dispensada. Entre os psicotrópicos, os neurolépticos e antipsicóticos foram os mais prescritos. Por se tratar de medicamentos com potencial tóxico relevante, a presença do farmacêutico, visando a dispensação adequada e o uso racional desses medicamentos é essencial.

Palavras-chave: Dispensação, Medicamentos, Farmácia hospitalar.

Introdução

A saúde é um direito de todos os indivíduos, além de ser um dever do Estado, de modo que as políticas públicas desenvolvidas devem ter como foco as necessidades de saúde da população e, assim, passa a ser uma prioridade protegida em lei e assegurada pelos governos municipal, estadual e Federal (BRASIL, 2008).

Uma população que não tem acesso à saúde vive em condições inadequadas, abaixo das suas necessidades e acaba por apresentar dificuldades em suas atividades cotidianas, causando impactos negativos sobre o desenvolvimento social e econômico do país, além de impactar sobre os serviços de saúde pública, aumentando os custos envolvidos com os mesmos (MARTINS et al, 2014). Não se pode ignorar que a dispensação de medicamentos é uma ferramenta para assegurar a saúde dos indivíduos, já que são os medicamentos que controlam doenças, alcançando sua cura, ou, ainda, a prevenção de condições patológicas, transmissíveis

ou não. Diante disso, é relevante enfatizar que a dispensação de medicamentos beneficia a saúde dos indivíduos de modo geral (PRETEL, 2010).

Alencar et al (2011) são enfáticos ao destacar que o profissional que deverá proceder da entrega de medicamentos ao paciente deverá ser o farmacêutico, profissional capacitado para a atividade e que, ainda, poderá auxiliar o paciente no sentido de consumir os medicamentos de forma segura.

A dispensação de medicamentos nas farmácias hospitalares é realizada de acordo com a prescrição do médico, existindo um controle rigoroso para que não haja a dispensação de medicamentos incorretos ou em quantidades diferentes daquelas necessárias. A prescrição fica retida, no caso de medicamentos controlados, ou retorna ao paciente, após registro no sistema do hospital (PRETEL, 2010).

Ocorre, porém, que muitos dos serviços de saúde atuais não contam com um profissional farmacêutico para que proceda a dispensação de medicamentos para todos os atendidos na unidade de saúde e, com isso, passam a surgir riscos para a saúde dos próprios pacientes, que além de consumirem doses inadequadas, poderão sofrer de interação medicamentosa, por não terem sido adequadamente esclarecidos.

O farmacêutico tem o papel essencial de auxiliar profissionais e pacientes no sentido de proceder do uso racional dos medicamentos prescritos, informando ao responsável por sua administração aos pacientes do âmbito hospitalar quais são os cuidados a serem assumidos para a segurança dos pacientes, evitando quaisquer riscos associados aos medicamentos (MARTINS et al, 2014).

Diante dessa realidade, acredita-se ser essencial proceder um estudo para verificar quais são os medicamentos e as categorias de medicamentos mais dispensados em farmácias hospitalares. Portanto, o objetivo do estudo foi verificar quais os medicamentos e categorias de medicamentos de maior dispensação na farmácia de um hospital em município do sul de Santa Catarina. Com esses conhecimentos torna-se mais fácil compreender o padrão de consumo de medicamentos dentro de um hospital, bem como a forma como esses medicamentos são dispensados pelos profissionais responsáveis, proporcionando informações que podem beneficiar a implementação de políticas de uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa com abordagem quantitativa, pois além do estudo das teorias e tendências que envolvem o tema, procedeu-se um estudo baseado nos resultados obtidos em pesquisa de campo (LUDKE; ANDRE, 2012).

No que se refere ao tipo de pesquisa, foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, já que o pesquisador teve o intuito de analisar criteriosamente uma situação sobre a qual ainda não possui todos os conhecimentos que deseja ou dos quais necessita (GIL, 2007).

Para o desenvolvimento da base teórica do presente artigo, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2006 e 2016 (10 anos), visando manter este material atualizado e completo, seguindo os padrões de outras publicações científicas que respeitam o prazo máximo de 10 anos para a seleção dos artigos publicados.

O estudo foi conduzido em farmácia de um hospital do extremo sul de Santa Catarina, no período de abril a junho de 2016, com base nas dispensações de medicamentos desse período.

Trata-se de um hospital de pequeno porte, com número muito limitado de leitos, 10 no total, considerando-se que o foco é o atendimento emergencial com dispensa do paciente após o controle da condição de emergência. O referido hospital conta ainda com uma clínica psiquiátrica para atendimento de dependentes químicos, sendo os medicamentos utilizados na clínica fornecidos pela farmácia hospitalar.

O estudo foi realizado mediante carta de aceite da referida Instituição Hospitalar e os dados foram utilizados somente para o cumprimento dos propósitos da pesquisa, não sendo feita em nenhum momento referência ao nome do hospital. Por se tratar de estudo que objetivou verificar os medicamentos mais dispensados na farmácia hospitalar, realizado através de consulta ao programa de gerenciamento da farmácia, sem acesso a nome dos prescritores ou pacientes nem a prontuários ou outros dados secundários, o mesmo não necessitou de aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

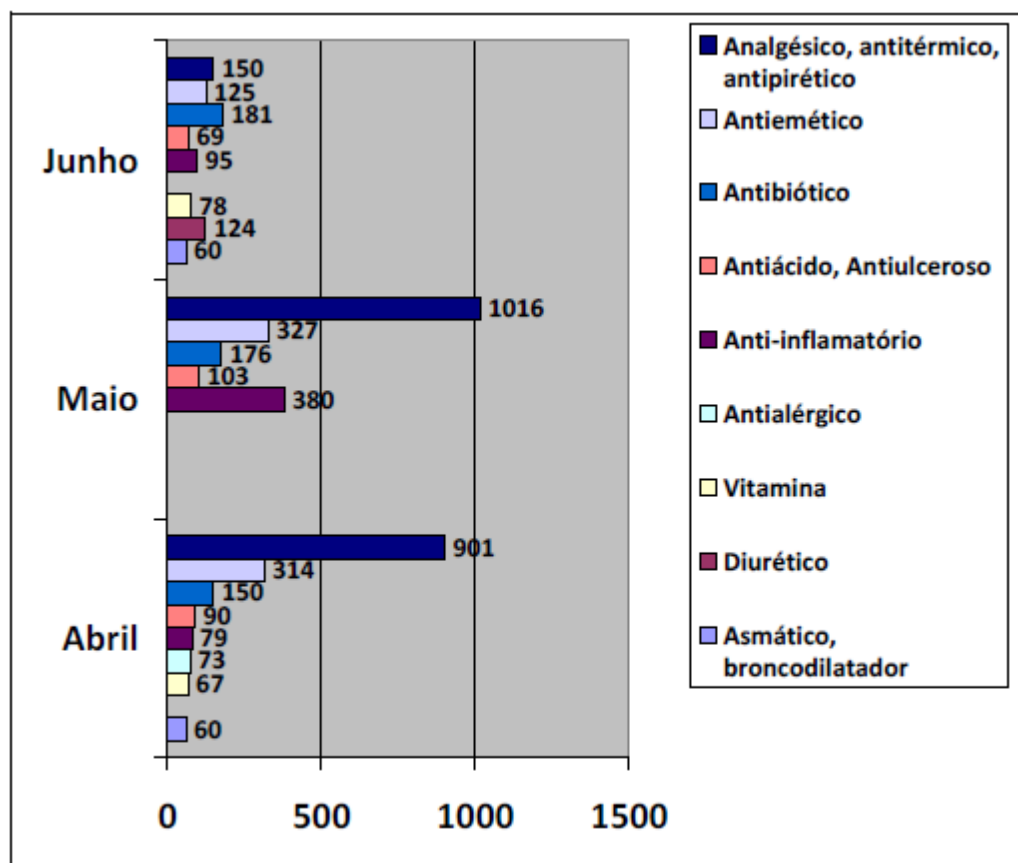
Resultados e Discussão

Inicialmente é preciso destacar que o ambiente farmacêutico pesquisado é organizado, arejado, com iluminação adequada e conta com a atuação de profissional farmacêutico. Os medicamentos estão devidamente separados por classe, além do

fato de que aqueles de utilização mais corriqueira, assim como material de trabalho (luvas, seringas, agulhas) estarem posicionados mais à frente, para facilitar o acesso.

A dispensação dos medicamentos variou bastante entre os meses analisados, o que aponta que não existe um padrão de quantidades e classes de medicamentos prescritos de forma geral, apesar de haver o predomínio de analgésicos e antitérmicos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Dispensação de medicamentos abril a junho/2016



Fonte: Dados do estudo (2016).

Considerando somente o mês de abril, percebe-se que a classe dos analgésicos/antitérmicos/antipiréticos foram os medicamentos de maior dispensação. Em relação ao mês de maio, novamente os analgésicos, antitérmicos, antipiréticos foram os medicamentos mais dispensados. É importante destacar que os dez medicamentos mais dispensados em maio/2016 totalizaram 2.293, um aumento significativo se comparado com o mês de abril/2016. No mês de junho ocorreu uma relevante queda no número de prescrições. Foram dispensados somente 787

medicamentos, uma queda considerável quando comparada com o mês de maio. Os antibióticos foram os medicamentos mais prescritos no mês de junho.

A análise dos dados, com base comparativa entre os meses de estudo, permite compreender que nos meses de abril e maio a tendência de dispensação de medicamentos foi bastante semelhante, sendo a classe dos analgésicos, antitérmicos e antipiréticos a mais prescrita, porém, em junho o perfil dos medicamentos de maior dispensação sofreu alteração, sendo o maior número de prescrições para classe dos antibióticos. Com isso, torna-se evidente que não existe uma uniformidade de dispensação de medicamentos no hospital, cada período demanda de medicamentos específicos para o tratamento de condições diversas, que variam devido à sazonalidade de determinadas patologias, aos hábitos de prescrição dos médicos, dentre outros fatores.

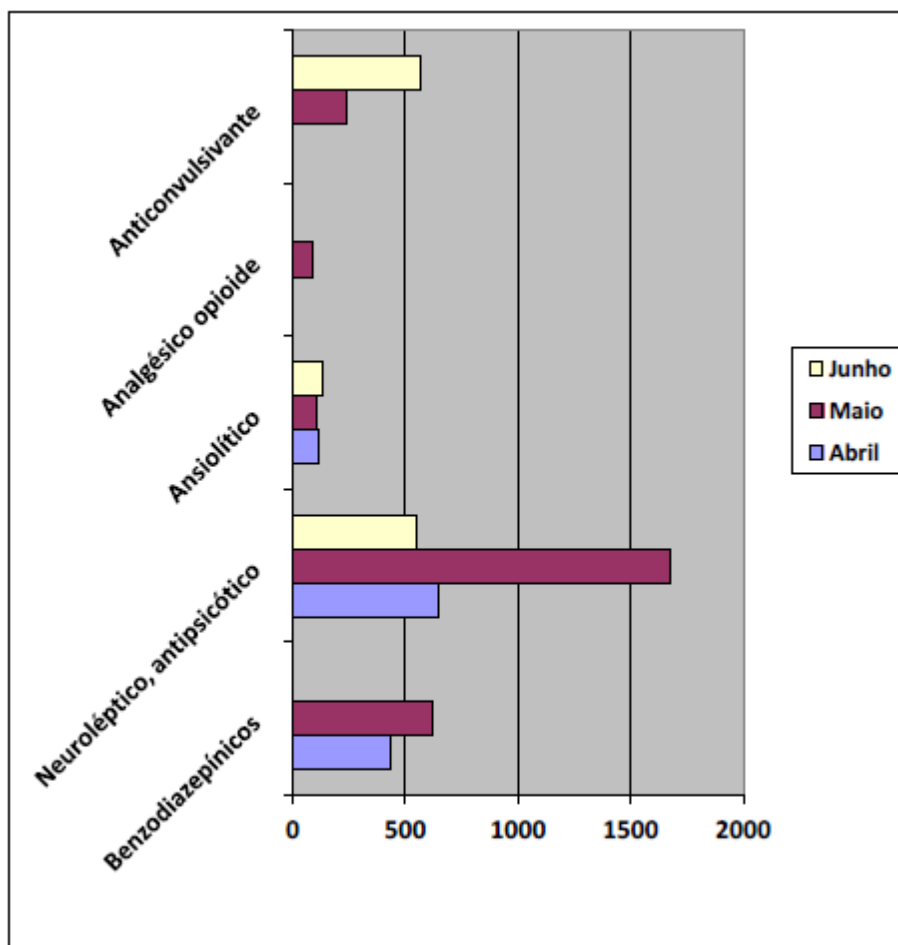
Carvalho, Magarinos-Torres e Osório de Castro (2007), em revisão bibliográfica sobre utilização de medicamentos em hospitais brasileiros, identificaram que até 2005 haviam sido publicados em fontes indexadas, seis artigos que estudaram os medicamentos prescritos com maior frequência em âmbito hospitalar, sendo que tais estudos revelaram que os grupos farmacológicos mais utilizados foram os analgésicos e os anti-infecciosos, corroborando parcialmente com nossos resultados.

A maior prevalência de prescrições de medicamentos da classe dos antitérmicos, analgésicos e antipiréticos, pode ser explicada pelo fato da dor aguda estar relacionada à afecções mecânicas, químicas e térmicas, como as advindas de traumas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios, englobando as maiores causas da busca por atendimento médico (CALIL, 2010).

Estudo realizado por Yunes, Coelho e Almeida (2011), mostrou que os principais medicamentos para cuidados paliativos prescritos para pacientes da UTI de um hospital foram antiulcerosos, anti-inflamatórios não esteroidais e antieméticos, diferindo dos resultados que encontramos onde o grupo dos analgésicos/antitérmicos/antipiréticos foi o mais dispensado, porém há que se considerar a diferença entre as complexidades de atendimento das Instituições avaliadas. Outro estudo, realizado por Almeida, Gama e Akamine (2007), também em unidade de terapia intensiva, mostrou maior prevalência na dispensação de anti-inflamatórios, anticonvulsivantes, redutores de acidez gástrica, analgésicos, antitérmicos e antipiréticos.

No que tange aos psicotrópicos, nos meses de abril a junho ocorreu a dispensação de anticonvulsivantes, analgésicos opioides, ansiolíticos, neurolépticos/antipsicóticos e benzodiazepínicos, sendo que a categoria de maior dispensação foi dos neurolépticos/antipsicóticos. Dentre os psicotrópicos o medicamento mais prescrito foi o clonazepam (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição de psicotrópicos de abril a junho /2016



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Gruber e Mazon (2014) procederam estudo sobre a dispensação de psicotrópicos no município de Mafra – SC e verificaram que os mais dispensados no período avaliado foram Clonazepam (benzodiazepínico), amitriptilina (antidepressivo tricíclico) e fluoxetina (antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina). Em nosso estudo, o Clonazepam também foi o medicamento mais prescrito, no entanto, os neurolépticos/antipsicóticos corresponderam à categoria de maior dispensação no período avaliado. Nesse ponto é importante destacar que os autores citados realizaram estudo retrospectivo de dispensação em todos os serviços de

saúde do município de Mafra, enquanto nosso estudo avaliou as prescrições referentes somente a um hospital com clínica psiquiátrica.

O uso de medicamentos psicotrópicos vem aumentando consideravelmente em todo o mundo, inclusive no Brasil, entre crianças, jovens, adultos e idosos e, assim, estudos mais detalhados sobre seu uso, reações adversas, interações medicamentosas e riscos associados ao consumo devem ser conduzidos, visando um maior esclarecimento sobre o tema (GRUBER; MAZON, 2014).

É importante frisar, que os riscos de interações medicamentosas estão presentes em todos os atendimentos de saúde, já que é possível que o paciente tenha se automedicado antes de ser atendido ou, ainda, que vários medicamentos sejam necessários para o controle de uma condição e, assim, a presença do farmacêutico no momento da dispensação desses medicamentos é indispensável.

Considerações Finais

A condução deste estudo permitiu observar que as categorias de medicamentos de maior dispensação na farmácia hospitalar avaliada foram os analgésicos, antitérmicos e antipiréticos, seguidos de antieméticos e antibióticos. Esses dados diferem em parte, de estudos realizados por outros autores na mesma área e, assim, permitem a compreensão de que não há uma uniformidade na dispensação de medicamentos em todo país, possivelmente devido a diferenças nos níveis de complexidade dos serviços avaliados, sazonalidade das patologias e hábitos de prescrição, fazendo com que sejam observadas tendências específicas de dispensação em diferentes instituições.

As informações levantadas no presente estudo podem contribuir para implementação de políticas de uso racional de medicamentos na instituição avaliada.

Referências

ALENCAR, Tatiane Oliveira Silva et al. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, v. 32, n. 1, p. 89-94, 2011. Disponível em: < http://serv-ib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1221/1047> Acesso em: 19 maio 2016.

ALMEIDA, Silvana Maria de; GAMA, Cintia Scatena; AKAMINE, Nelson. Prevalência e classificação de interações entre medicamentos dispensados para pacientes em terapia intensiva. **Einstein.**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 347-351, out./dez. 2007. Disponível em: < <http://saudedireta.com.br/docsupload/1339894293672->

EinsteinOnLineTraduzidaVol5(4)MioloP%C3%A1g347351.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 15 maio 2016.

CALIL, Ana Marial ; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 53-59, jan./fev. 2010.

CARVALHO, Jane Maria; MAGARINOS-TORRES, Rachel; OSÓRIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpra. Estudos de utilização de medicamentos em hospitais brasileiros: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 2, p. 77-82, abr./jun. 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2007.

GRUBER, Jacqueline; MAZON, Luciana Maria. A prevalência na utilização de medicamentos psicotrópicos no município de Mafra: um estudo retrospectivo. **Saúde Meio Ambient.** v. 3, n. 1, p. 44-50, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/534/428>> Acesso em: 21 out. 2016.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: E.P.U., 2012.

MARTINS, Nayana Bandeira et al. Análise de prescrição médica de antibióticos de uma farmácia comercial do município de Imperatriz – MA. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 7, n. 4, Pub.10, Out. 2014. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/74/artigo10.pdf>> Acesso em: 15 maio 2016.

PRETEL, Mariana Pretel e. **O direito constitucional da saúde e o dever do Estado de fornecer medicamentos e tratamentos.** 22 mar. 2010. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=151_&ver=578> Acesso em: 17 maio 2016.

YUNES, Luciana Palis; COELHO, Tamara de Almeida; ALMEIDA, Silvana Maria de. Principais interações medicamentosas em pacientes da UTI adulto de Minas Gerais. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 23-26 set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSSV2N3%20artigo04.pdf>> Acesso em: 19 out. 2016.

ENVELHECIMENTO E SEXUALIDADE: PARADIGMAS E CONTEMPORANEIDADE

**Daniela Pizoni¹; Fernanda Freitas Camilo²; Maria Fernanda Jorge de Assis³;
Alexandra Cardoso Sombrio⁴; Adalberto Alves de Castro⁵**

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. daniela.danipizoni@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. camilofernanda7@gmail.com

³ Professora do Curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. mariafernandapsistemica@gmail.com

⁴ Professora do Curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. alexandra.sombrio@gmail.com

⁵ Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde (NEAS). Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. neas@unibave.net

Resumo: A sexualidade na terceira idade, seguindo a perspectiva cultural é algo muito limitado ou inexistente. Ocorrem mudanças físicas, emocionais e hormonais, mas isso não impede as práticas sexuais. Falar de sexo nessa idade ainda é um paradigma, um assunto carregado de preconceitos, por ideias internalizadas socialmente até a contemporaneidade. Sexualidade une elementos biológicos, sociais e psicológicos, está em todas as fases da vida, refere-se ao prazer de forma generalizada. O presente artigo busca compreender as mudanças e desafios na vida sexual a partir da terceira idade, os benefícios para a saúde, autoestima e os tabus envolvidos nessa fase. O tema foi abordado através de uma revisão bibliográfica. Como resultado foi destacado que as necessidades sexuais permanecem com os seres humanos até o fim da vida, acredita-se que com o passar dos anos as relações sexuais tornam-se mais maduras, envolvendo mais os fatores emocionais.

Palavras-chave: Envelhecimento. Sexualidade. Saúde. Idosos.

Introdução

Desde as últimas décadas é explícito o aumento da expectativa de vida e dados comprovam que esses números tendem a aumentar. Se há um aumento nesse aspecto, podemos considerá-lo um fator também consequente da qualidade de vida oferecida à população, além da redução da taxa de natalidade e mortalidade. Com os avanços da ciência e a criação de campanhas voltadas à prevenção, a saúde na terceira idade teve um quadro evolutivo. A Organização Mundial de Saúde (1948) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não

somente ausência de afecções e enfermidades". É isso que buscamos atualmente, saúde e qualidade de vida

O envelhecimento pode ser dividido em biológico e psíquico. Segundo Fontaine (2000) esses aspectos podem ter idades diferentes, assim as separou em idade biológica, as alterações no organismo, modificação no funcionamento de determinados órgãos e diminuição de alguns sentidos. Idade social, referente aos hábitos da pessoa, suas relações. E a idade psicológica, que diz respeito ao comportamento, motivação e as respostas as mudanças ambientais. Apesar de essa divisão ser real, podemos dizer que há uma inter-relação entre elas.

Quando esses aspectos são danificados, ocorrem fortes interdições na vida dessa pessoa, principalmente pela condição de fragilidade que foi imposta socialmente. Ainda há certos preconceitos que rodeiam a pessoa na terceira idade. A sexualidade é um exemplo. Erroneamente é vista como algo deslocado, o que acaba prejudicando a continuação das práticas sexuais. Conforme ressaltam Gradim, Souza e Lobo (2007), envelhecer não está atrelado a enfraquecer, ficar triste, ou ser assexuado. Porém algumas atitudes sociais, principalmente relacionadas à sexualidade são carregadas de discriminação.

A fuga do assunto, o conformismo com as atribuições preconceituosas fazem da sexualidade e o envelhecimento parecerem antônimos. Para Hogan (1985) a atividade sexual deve ser mantida em todas as fases da vida, pois a sexualidade é uma dimensão do desenvolvimento humano de grande importância.

O Ministério da Saúde (2013) em seu Caderno da Atenção Básica, que trata da saúde sexual e reprodutiva, reforça que a Legislação Internacional e Nacional já apresentam conceitos que defendem e garantem a vivência da sexualidade como direito e cidadania. Afirma "[...] que a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas". O mesmo documento traz as principais conquistas em alcançadas nas últimas duas décadas. Dentre os direitos sexuais estão o direito de vivenciar livremente a sexualidade sem vergonha, medo ou sentimento de culpa; de escolher o parceiro sexual; de expressar a orientação sexual; de ter relação sexual independente do objetivo reprodutivo ou das condições físicas, idade ou estado civil, dentre outros.

Fernandes (2009) também explica que falar de sexualidade vai além das questões meramente biológicas e fisiológicas que objetivam o sexo. A sexualidade envolve múltiplas questões: cultura, sociedade, subjetividade de cada indivíduo, suas questões psicológicas e espirituais. Bozon (2004) esclarece que a vida sexual deixou de estar relacionada somente à fertilidade e a procriação. É uma esfera do comportamento humano que está ligada às relações sociais, à concepção que se tem do corpo, à feminilidade e à masculinidade, às questões históricas que marcam uma sociedade e da experiência ao longo da vida de cada pessoa.

Por ser expressão de uma vida saudável, vivenciar a sexualidade na terceira idade é de grande importância. Como lembra Fernandes (2009) é a cultura enraizada na sociedade que trata o idoso como alguém assexuado. No entanto, a realidade é outra e estes tabus precisam ser superados. A idade traz mudanças na maneira como ela é vivenciada, mas é essencial que continue sendo uma expressão de saúde na vida de um indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Simões (2016) destaca que, segundo as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o número de pessoas com 60 anos ou mais crescerá mais de 200% até 2050. Por isso torna-se urgente a preocupação com a qualidade de vida desta população. E a sexualidade está diretamente ligada à saúde mental e física de um indivíduo. Portanto, estudar estas questões, a fim de diminuir preconceitos e estimular uma relação saudável com o próprio corpo e nos relacionamentos afetivos, é de grande importância.

Mudanças a partir da terceira idade

O envelhecimento é um efeito ocasionado pelo tempo, e junto a isso ocorrem múltiplas mudanças na vida de quem está nesse processo. Essas mudanças podem ser divididas em biológicas e psicológicas. Para Hayflick (1997), o envelhecimento é resultado das interações de fatores genéticos, ambientais e o estilo de vida.

Segundo a OMS a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Apesar de existem alguns aspectos físicos do envelhecimento que podem surgir um pouco antes, mas de forma menos evidente, como a diminuição dos reflexos, da agilidade, equilíbrio, redução na massa muscular, alguns aspectos cognitivos podem ser listados também, como o esquecimento de nomes, números de telefone, eventos, e até dificuldades em aceitar as mudanças funcionais que estão acontecendo em si mesmo.

Freitas (2002) define a idade psicológica com a relação que existe entre a idade e as capacidades exercidas, tais como percepção, atenção, afetividade, aprendizagem, memória e até sua conduta social.

O envelhecimento ainda é erroneamente tratado como sinônimo de incapacidade, decadência, perdas biológicas e sociais (GROISMAN, 2002). Obviamente não podemos descartar que surgem certas vulnerabilidades orgânicas, mas seria uma definição equivocada associá-la integralmente a isso.

No século XX, Neto (1997) diz que o envelhecimento passa a ser estudado de forma ampla, não apenas limitando-se aos aspectos biológicos, mas também nos sociais e psicológicos. Porque, existe uma intensa ligação desses fatores, as transformações físicas e psicológicas irão refletir no comportamento de forma geral.

A sexualidade deve ser compreendida como parte do indivíduo, na sua individualidade, sem importar em qual fase da vida está. A sexualidade não diz respeito somente ao sexo, mas sim uma fusão de sentimentos, como afeto, respeito, desejo, autoestima e prazer (HOGAN, 1985). É de grande importância manter essas relações na terceira idade, pois todos os sentimentos envolvidos promovem bem estar e saúde.

As alterações hormonais e emocionais irão interferir diretamente na vida sexual, os principais causados dessas mudanças são a menopausa e andropausa, que dificultam as práticas sexuais. Apesar da andropausa não marcar o fim da fertilidade masculina, assim como faz menopausa nas mulheres, ela diminui os níveis de testosterona, e a velocidade da ereção. Mas isso não são barreiras para manter uma vida sexual ativa.

A vida sexual na terceira idade

Ao contrário do que supõem os estereótipos da sexualidade da pessoa idosa, a idade por si só não altera o interesse sexual. Vasconcellos et al (2004) demonstraram que a idade não influencia na capacidade de sentir prazer, desejo e toda a intensidade de sensações, um estudo realizado pelos autores acima, que reuniu duas amostras de pessoas na terceira idade em Portugal e no Brasil, apontou que estas pessoas não tiveram ou tiveram pouca informação sobre sexo quando jovens, e isso acaba representando uma conseqüente inibição ao tratar o assunto atualmente. No entanto, o interesse continua existindo, com particularidades em cada gênero e cultura.

As condições físicas e hormonais também caracterizam a vivência da sexualidade na terceira idade. Santana, Chagas e Miranda (2014) relatam algumas destas mudanças. Os homens não têm ereções espontâneas tão rápida e facilmente e a mesma rigidez que possuíam na juventude. O tempo necessário para ejacular também diminui. Já as mulheres podem sentir diferenças relacionadas à diminuição dos níveis de estrogênio, como irritabilidade, secura vaginal, menor libido, fogachos, entre outros, que variam individualmente (TRENCH; ROSA, 2008).

No entanto, vale ressaltar que a menopausa não é uma patologia, como pensa o senso comum. Pode ser vivida de forma saudável, sem influenciar diretamente na vivência da sexualidade. Do mesmo modo que a frequência das relações sexuais pode diminuir e a sexualidade ser expressa por contatos físicos diversos, que demonstrem carinho e afeto, e não somente o ato sexual em si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Do mesmo modo, homens com dificuldades de ereção podem receber tratamentos adequados a sua situação e ter uma vida sexual ativa. Importante lembrar que essa disfunção pode ser causada por tabagismo, alcoolismo, uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, opioides ou doenças crônicas como aterosclerose e insuficiência vascular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outro ponto importante sobre a sexualidade da pessoa idosa refere-se às doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Como a preocupação com anticoncepção não é mais primordial, as práticas sexuais sem proteção são comuns. Muitas vezes as campanhas de prevenção e conscientização sobre essas doenças não atingem esse público, por uma desconsideração de que idosos tem vida sexual ativa (SANTANA; CHAGAS; MIRANDA, 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2013) a AIDS acomete cerca de 2,1% da população idosa e a relação sexual desprotegida é a principal forma de contágio. Outras DST's também são percebidas como sífilis e gonorreia. No entanto o Ministério (2013, p.73) afirma "Não é a atividade sexual que torna as pessoas vulneráveis às DST e ao HIV/Aids, mas as relações sexuais que são realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades".

Sobre a questão de gênero na vivência da sexualidade, Rozendo e Alves (2015) concluíram a partir de estudo realizado com pessoas idosas, que os homens são mais adeptos das práticas sexuais fora de um relacionamento fixo do que as mulheres. Elas ainda pensam o assunto com um único companheiro, e se dizem mais

satisfeitas com a vida sexual atual do que na juventude. Outra diferença apontada por Fernandes (2009) é que homens idosos não tem nenhum problema em relacionar-se com mulheres jovens, como forma de afirmar sua virilidade. No entanto, para as mulheres idosas, ter um parceiro mais jovem possui forte conotação negativa na sociedade. Isso demonstra que a desigualdade de gênero permanece nesta etapa da vida no que concerne à sexualidade.

A vida sexual na terceira idade possui singularidades, como em qualquer etapa da vida. Vantagens e desafios vividos pelos indivíduos em suas relações. O importante é ressaltar que esta vida sexual existe e como apontam Vasconcellos et al (2004, p.414) “ [...] haja uma evolução social e cultural e uma mudança das mentalidades capaz de integrar a sexualidade das pessoas idosas harmoniosamente em tais avanços”.

Sexo e qualidade de vida

A qualidade de vida tem ligação direta ao bem-estar proporcionado. A velhice não é apenas um fenômeno biológico, mas sim uma união de fatores que envolvem o ser humano. Seguindo essa perspectiva, devemos ressaltar os benefícios fortalecidos através das práticas sexuais e suas atribuições na qualidade de vida na terceira idade.

Ballone (2002) ressalta os tabus envolvidos nessa questão, muitas vezes a sexualidade em nossa sociedade é utilizada como um termo de representação da idade jovem, beleza física e atração. O que pode surtir efeitos de negação em pessoas idosas, que podem sentir-se excluídos de um padrão socialmente constituído. Existem dois grandes erros nessas construções padronizadas, primeiramente em relação à sexualidade, que é limitadamente caracterizada como um simples ato fisiológico, e a pessoa idosa, que é muitas vezes vista como um ser assexuado, sem necessidades de desejos e prazeres, como se tudo isso fosse deixado com o passar dos anos.

A sexualidade, o envelhecimento e a qualidade de vida, são aspectos socialmente desenvolvidos, e devem-se desmitificar muitas das questões envolvidas. Segundo Bernardino (2011), é preciso enfatizar a sexualidade, pois assim estaria dando visibilidade ao idoso, e conduzi-lo ao lugar de sujeito desejante. Para obtenção desses resultados, é preciso um novo olhar para as questões sociais, pois abrange um sistema de valores, ideias, práticas e crenças.

Para a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação as suas

metas, expectativas, padrões e conceitos” (WHO/QOL, 2005). O termo pode ser relacionado a vários significados, de acordo com a cultura e época que se vive. Mas compreende-se que QV engloba o bem-estar econômico, físico, mental e social. Paschoal (2005) ressalta que é um conceito tão variado, que muda até entre os próprios indivíduos, é um construto determinado a partir de suas particularidades.

As mudanças das funções biológicas e da plasticidade em pessoas idosas é um entendimento de todos. A busca por meios de envelhecer com qualidade de vida tornou-se uma preocupação de diversas pesquisas científicas.

O grande avanço dessas pesquisas sobre sexualidade foi realizado por Masters e Johnson em 1988, considerados pioneiros nos estudos fisiológicos das respostas sexuais, já acreditavam que para uma compreensão profunda sobre o assunto era necessário observar além do biológico, e considerar os dados psicológicos e sociais.

A associação de sexualidade e qualidade de vida é algo comprovado, manter uma vida sexual ativa proporciona bem-estar físico e mental, pesquisas apontam os benefícios para o sistema cardiovascular, além de contribuir para a autoestima e fortalecer relações.

Sexualidade e tabus na terceira idade

A sexualidade da pessoa idosa é cercada de muitos preconceitos. Vasconcellos e colaboradores (2004) apontam que até pouco tempo a idade avançada era considerada um fator relevante na queda da função sexual, devido à menopausa e às disfunções eréteis. Ter uma vida sexual ativa também perderia seu sentido já que a reprodução, seu principal objetivo historicamente, não seria mais uma justificativa social.

Papalia e Feldmann (2006) apontam que os estereótipos de que os idosos são pessoas exaustas, doentes, sem coordenação motora, isolados socialmente, mal-humorados e com manias estranhas acabam determinando esses preconceitos.

As mudanças físicas que chegam com a terceira idade acabam exigindo uma nova adaptação do indivíduo, um aprendizado de como lidar com seu próprio corpo. Estas exigências acabam por vezes representando dificuldades para manter o padrão sexual que é exigido pela sociedade, relacionado à virilidade e à busca constante do prazer (VASCONCELLOS et al., 2004).

Santana, Chagas e Miranda (2014) relembram que até pouco tempo, falar sobre sexualidade era um grande tabu em qualquer idade. O assunto era tratado como

algo moralmente reprovável. Desta maneira é possível compreender que para as pessoas que viveram em uma época de tanta repressão seja difícil manifestar a vivência da sexualidade como algo saudável.

Risman (2004, p.15) aponta que “a fase do idoso, entretanto, continua, de certa forma, a ser percebida como um período de “não sentir”, do “não desejo”, do “não querer”, entre outros rótulos que a sociedade costuma enfatizar”. O autor ainda descreve uma cultura secular, ligada à religiosidade, que trata da sexualidade do idoso como pecaminosa e vergonhosa. Daí viriam os preconceitos atuais.

Vasconcellos e colaboradores (2004) abordam ainda algumas questões que podem estar ligadas à redução ou a não vivência da sexualidade na terceira idade, como por exemplo a saúde física, a baixa autoestima em relação ao próprio corpo e à manifestação da sensualidade, o conhecimento sobre as novas condições físicas, a falta de um parceiro disponível e os preconceitos sociais.

Fernandes (2009, p.420) ainda aponta que as experiências individuais ao longo da vida determinam também a vivência sexual na terceira idade. Desta forma “Se, ao longo da vida, sentiu vergonha de exercer a criatividade e a espontaneidade no âmbito sexual, a tendência é aumentar a inibição, temer fracassar (no caso masculino) ou não agradar (no feminino)”.

Sendo assim, os tabus envolvendo a sexualidade da pessoa idosa acabam reforçando a dificuldade dos indivíduos, mesmo que saudáveis, vivenciarem esta dimensão de suas vidas. Papalia e Feldmann (2006, p.680) reforçam: “a expressão sexual pode ser mais satisfatória para pessoas de mais idade se tanto jovens quanto velhos a reconhecerem como normal e saudável”.

Procedimentos Metodológicos

O presente artigo foi desenvolvido por meio de dados bibliográficos, pesquisados nos bancos de dados como o Scielo, em revistas científicas, monografias, teses e livros, sem a utilização de algum critério específico na seleção dos mesmos. Fonseca (2002, p. 32) destaca que “A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web, sites. ”.

A pesquisa bibliográfica é o ponto de partida, através dela explana-se o conhecimento sobre o assunto determinado. Para a realização da pesquisa foram selecionados textos que coincidiram com os objetivos e o problema estabelecidos

inicialmente. Nem todos abordavam a questão da sexualidade propriamente dita, por meio de uma fusão das pesquisas encontradas obtiveram-se os resultados esperados.

Considerações Finais

Atualmente ainda há preconceitos e uma alienação social para determinados assuntos, como a vida sexual da pessoa idosa. Como citado por alguns autores, muitas pessoas as condicionam como seres assexuados. O que é claramente errôneo. As necessidades sexuais permanecem com os seres humanos até o fim da vida, acredita-se que com o passar dos anos as relações sexuais tornam-se mais maduras, envolvendo muito mais os fatores emocionais.

A sexualidade envolve variados fatores que contribuem de forma significativa para a vida das pessoas, melhora a autoestima, a saúde física, mental, e até a aceitação com as mudanças ocasionadas pela idade. Os objetivos estabelecidos buscavam saber quais eram os desafios encontrados para conciliar a vida sexual ativa durante o processo de envelhecimento. Pode-se notar como o assunto é amplo e logo ganha vários direcionamentos, mas abrangendo o foco principal do artigo, foram listados algumas dificuldades, uma das mais citadas, foi o preconceito e a negação das práticas sexuais na terceira idade.

Com as descobertas da tecnologia já foram desenvolvidos métodos de reposição hormonal e tratamentos para casos de disfunções eréteis, e também para amenizar os sintomas da menopausa. A busca por esses tratamentos tem crescido nos últimos anos, o que pode surtir um efeito positivo na saúde dessas pessoas, já que a sexualidade caminha junto à qualidade de vida.

Referências

BALLONE, G.J. **Sexo nos idosos**. Psiq Web Psiquiatria geral, 2002.

BERNARDINO, E. **A sexualidade na terceira idade**: o discurso social do suposto corpo assexuado (monografia de conclusão de graduação), 2011.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/4147662/bozon-michel-sociologia-da-sexualidade>> Acesso em 10 jun.2017.

CAMARGOS AL; NASCIMENTO, E. **Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade**. Estud. psicol. (Campinas) vol.26 n.4 Campinas Nov/Dez, 2009.

CARDOSO, J. **Sexualidade e envelhecimento**. Sexualidade e Planejamento Familiar nº 38/39. Jan-dez 2004.

FERNANDES, M.G.M.: **Problematizando o Corpo e a Sexualidade de Mulheres Idosas: o Olhar de Gênero e Geração**. Rio de Janeiro: Rev. enferm. UERJ, 2009 jul/set; 17(3):418-22.

FREITAS, E. V.; PY; CANÇADO; GORZONI; ROCHA: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro – RJ, 2002.

GROISMAN, D. **A velhice entre o normal e o patológico**. Rio de Janeiro (RJ): História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 9, 61-78. Jan-abr- 2002.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HOGAN, R. **Humansexuality - a nursing perspective**. (2ª ed.). Connecticut: AppletonCenturyCrofts.1985

MASTERS, W. JONHSON, V. **O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MENDONÇA, A.M.L.; INGOLD, M. **A sexualidade da mulher na terceira idade**. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 10, núm. 3, pp. 201-213 Universidade Anhanguera Campo Grande, Brasil. 2016 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012809020>> Acesso em: 10/06/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

NETTO, A J. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

OMS. **Constituição da organização mundial da saúde**. New York, 1948.

_____. **Desenvolvimento humano**. 8. ed., D. Bueno, Trad. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

_____. **Informe mundial sobre a violência e a saúde sexual**. Genebra, 2002.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D.: **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2013.

PASCHOAL. S.M.P. Qualidade de vida Em W. Jacob Filho, & G.R.J. Amaral. (eds). **Avaliação global do idoso**. São Paulo: Atheneu. 2005.

POTTER, P.: **Fundamentos de Enfermagem**; 4º edição, Ed. Guanabara Koogan, vol.1, 1999.

RISMAN, A.: **Sexualidade e Terceira Idade: uma visão histórico-cultural**. Rio de Janeiro: Textos Envelhecimento, 2005. v.8 n.1.

ROZENDO, A. DA S., & ALVES, J.M. **Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade.** Revista KairósGerontologia, 18(3), pp. 95-107. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, Jul- Set- 2015.

SANTANA, R.G.; CHAGAS, M.B.A.; MIRANDA, C.S.B.S. **Educação Sexual na Terceira Idade:** revisão de literatura. In: Congresso Internacional de Educação e Inclusão, 2014. Campina Grande. Anais CINTEDI. Campina Grande: Realize Eventos científicos & editora, 2014.

SIMÕES, C.C.S.: **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população.** Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p.

TRENCH, B.; ROSA, T.E.C.: **Menopausa, hormônios, envelhecimento:** discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo. São Paulo: RevBras Saúde Matern Infant. 2008.

VASCONCELLOS, D. et al: **A sexualidade no processo do envelhecimento:** novas perspectivas - comparação transcultural. Natal: Estudos de Psicologia, 2004. v. 9, n. 3, p. 413-419.

VIEIRA, K.F.L. **Sexualidade e qualidade de vida nos idosos: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais.** Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2012.

ESTILOS DE LIDERANÇA USADOS NA GESTÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR: ANÁLISE INTEGRATIVA

Débora Batista Rodrigues¹; Lucas Corrêa Preis²;

1. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: enfdeborabr@gmail.com;

2. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lucaspreis@yahoo.com.

Resumo: A qualidade da assistência de enfermagem depende de profissionais capazes de trabalhar junto com sua equipe promovendo o bem estar de seus assistidos. Na atualidade onde o cenário da saúde está repleto de desafios que permeiam a busca por uma assistência de qualidade, o papel do enfermeiro enquanto líder torna-se essencial. Este estudo teve como objetivo identificar na produção científica nacional os tipos de liderança mais utilizados na gestão em enfermagem hospitalar. A pesquisa foi feita por meio de uma revisão integrativa, com uma amostra de 16 artigos publicados no período de 2004 a 2013. Após a análise dos artigos foram apresentados os resultados que mostraram tipos de liderança que podem subsidiar os enfermeiros na gestão do trabalho no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Liderança em enfermagem. Competência profissional. Gestão em enfermagem.

Introdução

A qualidade da assistência de enfermagem depende de profissionais capazes de trabalhar junto com sua equipe promovendo o bem estar de seus assistidos.

Segundo somente um enfermeiro líder, e não um chefe conseguirá trabalhar junto aos membros de sua equipe com plena satisfação profissional. Desta forma, um líder estará em perfeita sintonia com sua equipe fazendo uma qualidade de atendimento satisfatória, do contrário, líder e equipe não terão bons resultados e conseqüentemente a assistência ficará comprometida (BALSANELLI, 2006).

Marquis (1999, p. 27) afirma que:

“Duas tarefas principais de uma nova liderança na enfermagem é elevar a consciência dos enfermeiros por meio de uma contínua crítica ao sistema atual e oferecer fundamentos lógicos, filosóficos e práticos para mudanças essenciais baseadas em valores da enfermagem e no papel central que a enfermagem assume no processo de assistência a saúde.”

Na atualidade onde o cenário da saúde está repleto de desafios que permeiam a busca por uma assistência de qualidade, o papel do enfermeiro enquanto líder torna-se essencial. Para tanto, é necessário que o enfermeiro esteja em sintonia com a equipe de enfermagem na execução das ações planejadas oferecendo um cuidado mais humanizado ao cliente.

Partindo desse pressuposto a pesquisa tem como objetivo identificar na produção científica nacional, os tipos de liderança mais utilizados na gestão dos serviços de enfermagem na área hospitalar identificando e avaliando os tipos de liderança e sua aplicabilidade nas instituições de saúde hospitalares.

Liderança em Enfermagem

A questão liderança em enfermagem iniciou com Florence Nightingale precursora da enfermagem moderna na segunda metade do século XIX. Durante a Guerra da Crimeia, Florence envolveu-se em atividades administrativas hospitalares e demonstrou habilidades de gerenciamento e liderança, supervisionando as enfermeiras e organizando o cotidiano da assistência aos soldados feridos. (OLIVEIRA, 2004).

Hoje liderança em enfermagem é um grande desafio para o profissional da área, pois um enfermeiro líder será alguém responsável pela sua equipe. De acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986 é competência do enfermeiro chefiar o serviço e a unidade de enfermagem em instituição pública e privada; organizar e dirigir os serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares; planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem.

Tipos de liderança

Segundo Kotter (1997, p.18) “as pessoas aprendem a liderar lentamente, ao longo do tempo por tentativa e erro, orientados por uma clareza do que é uma boa liderança e com encorajamento de outras pessoas com grandes capacidades de liderança, usada como modelo.”

Tamanha é a importância do estudo da liderança para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, que logo optou-se por abordar neste estudo os tipos de liderança mais utilizados, sendo estes: autocrático, democrático, liberal ou *laisse-faire* e situacional.

Nesta perspectiva, Potter (1999, p. 277) esclarece que:

“O estilo de liderança é um fator importante na determinação da eficácia. O estilo refere-se à abordagem ou a maneira que um líder utiliza para influenciar o comportamento das pessoas em várias situações. É importante observar vários estilos de liderança e começar a se desenvolver no sentido de um estilo mais apropriado para uma determinada situação.”

Um líder autocrático fixa as diretrizes sem qualquer participação do grupo e determina as providências e as técnicas para a execução das tarefas, cada uma por sua vez na medida em que se tornam necessárias e de modo imprevisível. Potter (1999, p. 277) é direto em suas palavras quando afirma que “os membros novatos da equipe de enfermagem trabalham mais produtivamente sob a direção de líderes autocráticos.” Na enfermagem isso poderia ser indicado onde à vida esteja em jogo, que necessite de ações rápidas, e não se tem tempo para discussão de assento, ou que o membro de equipe não desenvolva a prática ainda correta, precisando do comando direto do enfermeiro líder.

Os líderes democráticos agem para facilitar o alcance do objetivo, enquanto enfatizam a autovalorização de cada pessoa. Estes tratam cada membro da equipe como um adulto e esperam o mesmo em troca. A crítica focaliza os comportamentos e não a personalidade, e é feita no sentido de promover crescimento ou desenvolvimento da equipe (POTTER, 1999).

Este estilo é adequado para o serviço de enfermagem onde haja funcionários capacitados e experientes, que tenham maturidade para desenvolver um trabalho em equipe com um relacionamento cordial fazendo as idéias unir-se para a contribuição e o crescimento do grupo e não apenas individualmente.

Ao contrário dos demais estilos este requer pouca ou quase nenhuma ação de seu líder, os funcionários tomam as decisões que lhes acham cabíveis sem normas ou quaisquer liderança de um superior. A este estilo de liderança Potter (1999, p. 278) afirma que:

“É geralmente referido como “estilo deixa correr” ou liderança permissiva. Este tipo de líder renuncia ao controle completamente e opta por evitar a responsabilidade delegando todo o processo de decisão ao grupo. Os líderes laissez-faire querem que cada um se sintam livre para fazer seu próprio trabalho.”

Em relação a liderança situacional, Lourenço et al (2005, p. 2) discorre que esta “é entendida como processo dinâmico alterável de uma situação para outra em

decorrência de modificação na conduta do líder, dos liderados e na situação.” Neste contexto Hersey e Blanchard (1986, p. 187) destacam que:

“[...] embora todas as variáveis situacionais (líder, liderados, superiores, colegas, organização, exigências do cargo e tempo) sejam importantes, na Liderança Situacional a ênfase recai sobre o comportamento do líder em relação aos subordinados. [...]. Os liderados são de importância vital em qualquer situação, não só porque individualmente aceitam ou rejeitam o líder, mas porque como grupo efetivamente determinam o poder pessoal que o líder possa ter.”

Segundo Medeiros (2000, p. 7) “na teoria situacional existem quatro estilos de liderança: determinar, persuadir, compartilhar e delegar.” Estes estilos são combinações de tarefas e de relacionamento onde irão estabelecer objetivos e os papéis das pessoas serão definidos e dirigidos pelo líder. Os estilos de liderança deverão ser combinados com grau de maturidade dos liderados, sendo assim, dependendo da situação frente à equipe, o líder utilizará o critério mais adequado para liderar no presente momento.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa buscando sintetizar resultados de pesquisas sobre o tema em questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento de informações relacionado aos tipos de liderança do serviço de enfermagem no ambiente hospitalar.

A presente pesquisa reúne publicações disponíveis sobre liderança em enfermagem na gestão do serviço hospitalar nas bases de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Biblioteca virtual em Saúde (BVS) utilizando as palavras chave: liderança em enfermagem AND competência profissional AND gestão em enfermagem.

Para a seleção dos textos foram usados como critérios de inclusão trabalhos em formato completo e disponíveis de forma gratuita no período de 2004 a 2013, com identificação de texto, autor, ano, volume, título, caracterização do tema: liderança em enfermagem na gestão do serviço hospitalar.

Foram selecionadas 58 referências bibliográficas. Após leitura e aplicação de critérios de inclusão, resultou em 16 publicações. As publicações foram analisadas segundo o tipo de estudo visando estilos de liderança em enfermagem na gestão do

serviço hospitalar. O período que concentrou a busca ativa foi entre Janeiro/2014 a Março/2014.

Resultados e Discussão

As buscas foram realizadas no período de 2004 a 2013 nas bases de dados BVS e SCIELO. Sendo encontrados treze artigos na base de dados SCIELO e três artigos na BVS.

Nesta revisão integrativa foi analisado dezesseis artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Quanto ao ano de publicação verificou-se que há registros referentes aos anos de 2004 a 2013, conforme mostra distribuição na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das publicações pesquisadas sobre liderança hospitalar, segundo o ano de publicação. Florianópolis, SC, Brasil (2014).

Ano de publicação	n
2004	3
2005	1
2006	1
2007	1
2008	1
2009	3
2010	3
2011	1
2013	2
Total	16

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Em relação aos descritores utilizados verificou-se que doze artigos foram localizados utilizando os descritores controlados: liderança em enfermagem, competência profissional e gestão em enfermagem e quatro artigos foram localizados utilizando-se os descritores não controlados: liderança, enfermagem e administração em enfermagem.

Considerando apenas os artigos publicados segundo o tipo de periódico, pode-se constatar que dentre os dezesseis artigos encontrados neste levantamento, seis foram publicados no mesmo periódico, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das publicações pesquisadas sobre liderança hospitalar, segundo o tipo de periódico. Florianópolis, SC, Brasil (2014).

Tipo de periódicos	N
Revista Brasileira de Enfermagem	6
Texto Contexto Enfermagem	1
Revista Lat. Am. de Enfermagem	3
Ciência e Saúde Coletiva	1
Esc. Anna Nery Enfermagem	2
Revista Esc. De Enfermagem – USP	1
Revista gaúcha Enfermagem	1
Revista de Enfermagem – UERJ	1
Total	16

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Foi realizada ainda a síntese dos dados extraídos dos artigos e apresentada conforme o quadro abaixo, onde é possível identificar que dos dezesseis artigos analisados, dois são revisão bibliográfica, dois revisão integrativa, quatro somente descritivo, dois só exploratório, dois descritivo e exploratório, dois descritivo e de campo e dois crítico-reflexivo.

Quadro 1 - Relação dos artigos analisados de acordo com autores, ano de publicação, objetivo e tipo de estudo. Florianópolis, SC, Brasil (2014).

Autor	Ano	Objetivo	Tipo de estudo
Raquel Rapone Gaidzinski; Heloísa Helena Ciqueto Peres; Maria de Fátima Prado.	2004	Abordar a liderança no contexto do gerenciamento e da educação em enfermagem com a finalidade de contribuir para repensar a prática nas organizações de saúde.	Revisão bibliográfica
Alcinéa Cristina Ferreira de Oliveira; Aneth Rolin de Araújo da Paz; Eleny Alves de Britto Telles; Joséte Luzia Leite; Marluci Andrade Conceição Stipp.	2004	Apresentar uma reflexão sobre liderança na através de uma situação concreta vivenciada por um grupo de enfermeiras do Programa de Pós-graduação do Curso de Mestrado e Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ.	Descritivo
Ana Maria Muller Magalhães; Érica Rosalba Mallmann Duarte.	2004	Refletir sobre as novas tendências gerenciais e como elas podem influenciar a organização do trabalho de Enfermagem.	Revisão bibliográfica
Elza de Fátima Ribeiro Higa; Maria Auxiliadora Trevizan.	2005	Observar, analisar e descrever a liderança ideal do enfermeiro no contexto hospitalar.	Exploratório
Mirtes Ribeiro; Sheila Lopes dos Santos ; Taziane Graciet Balieira Martins Meira.	2006	Refletir sobre as diversas formas de liderança.	Descritivo
Marcos Antonio da Silva; Cristina Maria Galvão.	2007	Identificar a correspondência de opiniões entre o enfermeiro de centro cirúrgico e a equipe de enfermagem.	Descritivo e exploratório
Iraci dos Santos; Carolina Bittencourt Castro.	2008	Identificar o estilo <i>Grid</i> adotado por enfermeiros, segundo as dimensões de liderança, iniciativa e investigação, no	Descritivo

		cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar.	
Inmaculada García García; Emilio Sánchez Santa-Bárbara.	2009	Comprovar empiricamente a relação entre as bases de poder do líder e os estilos de liderança das enfermeiras.	Descritivo
Leilane Barbosa de Sousa; Maria Grasiela Teixeira Barroso.	2009	Refletir sobre o resgate do cuidado como essência da liderança em enfermagem.	Crítico-reflexivo
Simone Coelho Amestoy; Maria Elisabeth Cestaric; Maira Buss Thofehrnd; Vânia Marli Schubert Backese; Viviane Marten Milbrathf; Letícia de Lima Trindadeg.	2009	Conhecer a percepção do enfermeiro frente à utilização da liderança como instrumento gerencial no seu processo de trabalho.	Descritivo e exploratório
Paula França Vilela; Ândrea Cardoso de Souza.	2010	Identificar os desafios que o enfermeiro recém-formado encontra para exercer a função de liderança e as estratégias adotadas.	Exploratório
Mariana Vendemiatti; Elisabete Straditto Siqueira; Fernando Filardi; Erlaine Binotto; Flávio José Simioni.	2010	Contextualizar o processo de profissionalização da gestão hospitalar e destacar os desafios para a atuação das lideranças para lidar com a dimensão do conflito existente entre as subculturas médica, de enfermagem e administrativa.	Descritivo e de campo
Rosa Maria Ruthes; Liliane Bauer Feldman; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha.	2010	Refletir sobre tese de doutorado, na qual foi realizada uma abstração da teoria descrita por autores especialistas na temática e uma transposição para a prática da gestão por competência em Enfermagem.	Crítico-reflexivo
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni; Betina Hörner Schlindwein Meirelles.	2011	Evidenciar e discutir as principais características do conceito de liderança e do enfermeiro líder, bem como suas contribuições para a prática em enfermagem e saúde.	Revisão integrativa
Karina Juliana Guerra; Wilza Carla Spiri.	2013	Compreender o significado da liderança para o graduando em enfermagem e a expectativa relacionada a sua prática profissional.	Descritivo e de campo
Jose Luis Guedes dos Santos; Aline Lima Pestana; Patricia Guerrero; Betina Schlindwein Horner Meirelles; Alacoque Lorenzini Erdmann.	2013	Evidenciar e analisar as práticas dos enfermeiros na gerência do cuidado descritas na produção científica brasileira e internacional, por meio de uma revisão integrativa.	Revisão integrativa

Fonte: Autores (2014).

Sobre os artigos descritos é interessante mencionar que dentre os que preferiram a metodologia da revisão bibliográfica, um discorreu sobre a liderança como algo a ser buscado incessantemente e de forma grupal, outro analisou as novas tendências gerenciais e como elas influenciam na organização do trabalho.

Assim no estudo de Gaidzinski (2004) a liderança na enfermagem é identificada como uma habilidade a ser desenvolvida permanentemente, considerando as dimensões organizacional, interpessoal e individual. Onde o organizacional se

caracteriza ao aspecto situacional da liderança, o interpessoal congrega questões como a influência, comunicação, cooperação, mudanças e conflitos, convergindo para o gerenciamento das relações com o propósito de atingir as metas coletivas. Já o individual engloba atitudes, habilidades e formas comportamentais como necessárias à formação de um líder desde que sejam articuladas com as características da situação e dos liderados.

Magalhães e Duarte (2004) refletem sobre as novas tendências gerenciais que apontam para a ênfase no desenvolvimento de organizações de aprendizagem, investimento no capital humano, na incorporação de novos conhecimentos e habilidades, buscando uma prática administrativa aberta, flexível e participativa, fundamentada na razão, na criatividade, sensibilidade e intuição. Nesta pesquisa se observa o quanto a busca de inovações na forma de gestão dos serviços é necessária, pois estabelece um acompanhamento da enfermagem frente as ações de transformação da sociedade.

Já segundo o estudo realizado por Oliveira *et al* (2004) existe uma tendência por parte dos enfermeiros de negar os papéis administrativos e de liderança e uma busca do papel assistencial. Isso inicia desde o processo de formação, dificultando o trabalho a ser desenvolvido.

Isso exemplifica a pesquisa de Amestoy *et al* (2009) onde se observa que os enfermeiros possuem dificuldade em compreender o significado da liderança, mesmo considerando-a importante em seu cotidiano. É evidente que a liderança possui suas vantagens, no entanto, constata-se que ainda são grandes as dificuldades para compreendê-la e principalmente para colocá-la em prática nas instituições hospitalares.

Souza e Barroso (2009) em sua análise crítico-reflexiva da obra “O monge e o executivo” retrata que a liderança em enfermagem ainda parece ser vista por alguns profissionais como uma função independente, desprendida do foco da enfermagem: o cuidado. O líder é responsável pela manutenção de um ambiente saudável por meio de relações harmoniosas entre os membros da equipe, o que, conseqüentemente, se refletirá na saúde dos clientes. A liderança para o cuidado é, portanto, baseada na liderança pelo cuidado.

Santos e Castro (2008) realizaram um estudo de liderança baseado na Teoria *Grid* Gerencial elaborada por Robert Blake e Jane Mouton na década de 20 a partir dos resultados encontrados nos estudos sobre liderança, onde se definiu duas

dimensões básicas: orientada para produção e orientada para pessoas, denominadas de: 9,1 (Gerência com autoridade / obediência); 1,9 (Gerência de clube campestre); 1,1 (Gerência empobrecida); 5,5 (Gerência do homem organizacional); 9,9 (Gerência de equipe). Desta forma, o referido estudo resultou na descoberta que os estilos 5,5 e 9,9 são os mais adotados pelos enfermeiros. Diante dos resultados obtidos, acredita-se haver necessidade de qualificação gerencial visando preparar os enfermeiros para assumirem cargos que exigem a integração das funções de chefia e liderança.

Basicamente o que se pode definir é que os enfermeiros saem da faculdade aptos para cuidar, porém não para liderar. Mas para que um cuidado seja integrado e resolutivo é necessário liderar adequadamente sua equipe de trabalho.

O trabalho de Vilela e Souza (2010) escreve sobre o desafio do enfermeiro recém-formado: liderança. Nesta pesquisa foram investigados enfermeiros no início de sua trajetória profissional e indagados sobre alguns aspectos relacionados à forma de liderar. Sua maioria exerce a liderança democrática e acredita em atributos como: comunicação, autoconfiança e inteligência para exercê-la. Mas a falta de habilidade técnica e dificuldade de comunicação são os maiores desafios a serem superados.

Sobretudo, durante a faculdade é preciso desenvolver as habilidades de comunicação e inter-relacionamento humano, qualificando o futuro enfermeiro para o exercício da liderança, além de capacitá-lo para assistir integralmente o paciente.

Os artigos de revisão integrativa representam dois estudos e um discorre sobre as características de um enfermeiro líder pautadas no tipo de liderança autoritário e autêntico descrito por Lanzoni e Meirelles (2011). Onde o autoritário se posiciona no topo da hierarquia, centralizando o poder de decisão, podendo desfrutar do prestígio, *status* e estabilidade social, resultantes da sua administração, bem como responder sozinho pelo insucesso de suas ações. Já o autêntico exige habilidades como ousadia, disposição, persuasão, coragem e liberdade criativa, pois é necessário envolver toda a equipe não somente no processo decisório, mas, também, na elaboração de estratégias de atuação e resolução dos problemas.

Santos et al (2013) em seu artigo de revisão integrativa focaliza nas práticas dos enfermeiros na gerência do cuidado que compreende as esferas gerencial e assistencial. As pesquisas apresentam a gerência do cuidado como uma atribuição do enfermeiro diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho para os profissionais. Para tanto, o enfermeiro atua

na realização do cuidado, na gerência de recursos humanos e materiais, na liderança, no planejamento da assistência, na capacitação da equipe de enfermagem, na coordenação da produção do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem.

Através dos artigos pesquisados pode-se analisar que as recomendações para melhores práticas gerenciais estão centradas no processo de formação dos enfermeiros e indicam a necessidade de oportunizar que os estudantes compreendam na teoria e vislumbrem e vivenciem na prática as possibilidades de articulação entre liderança e cuidado.

Destaca-se que também são necessários novos estudos e ações inovadoras visando à capacitação e ao desenvolvimento das potencialidades dos enfermeiros que já atuam nos serviços de saúde, os quais são coparticipantes do processo de formação dos acadêmicos de enfermagem.

Considerações finais

O movimento pela qualidade da liderança nos serviços de saúde é hoje uma necessidade incorporada à gestão dessas áreas, a fim de assegurar a assistência livre de riscos ao usuário. Na enfermagem onde o cuidar é a essência da profissão, a concentração de esforços em direção aos objetivos propostos deverá levar à melhoria contínua desta assistência. Isso implica na conscientização de toda a equipe quanto à sua importância e ao valor de suas ações.

Julga-se, então, importante enfatizar a necessidade do aprimoramento e qualificação, cada vez maior dos profissionais, para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias introduzidas no âmbito das instituições. São necessários também novos estudos que avancem nessa compreensão e confirmem maior visibilidade à atuação dos enfermeiros, considerando a complexidade organizacional, as incertezas e as transformações políticas, sociais e econômicas inerentes aos serviços de saúde e à produção do cuidado em enfermagem e saúde.

Constata-se que ainda é pouco documentado as ações relacionadas a liderança hospitalar, mas este estudo possibilitou um avanço maior nesta área e espera-se que cada vez mais o trabalho em enfermagem esteja inter-relacionado a liderança do cuidado.

Referências

- AMESTOY, S. C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev. Gaucha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 4, 2009.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/227.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.
- G Aidzinski, R. P.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. F. P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev. bras. Enferm**, v.57, n.4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000400015&script=sci_abstract> Acesso em: 29 mar. 2014.
- GARCIA, I. G. BÁRBARA, E. S. S. Relação entre estilos de liderança e bases de poder das enfermeiras. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_03.pdf> Acesso em: 30 mar. 2014.
- GUERRA, K. J. SPIRI, W. C. Compreendendo o significado da liderança para o aluno de graduação em enfermagem: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 66, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a15v66n3.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2014.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores**: a teoria e as técnicas da liderança situacional. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.
- HIGA, E. F. R.; TREVISAN, M. A.; Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a10.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2014.
- LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.19, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_26.pdf> Acesso em: 20 mar. 2014.
- LOURENÇO, Maria Regina; SHINYASHIKI, Gilberto Tadeu; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, jul/ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/pt_v13n4a02.pdf> Acesso em: 15 jan. 2014.
- MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 57, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a04.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2014.
- MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol Jorgensen. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MEDEIROS, A. R. et al. **Liderança**, 2000. (curso de Organização, Sistemas e Métodos) Faculdades Integradas Campos Salles, 2000. (monografia). Disponível

em: <<http://www.maurolaruccia.adm.br/trabalhos/lider2.htm>> Acesso em 15 fev. 2014.

OLIVEIRA, A.C. F. et al. Liderança e enfermagem: elementos para reflexão. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 57, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a21.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2014..

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=20822&indexSearch=ID>> Acesso em: 20 mar. 2014.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/15.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2014.

SILVA, M. A.; GALVÃO, C. M. Aplicação da Liderança situacional na Enfermagem de Centro Cirúrgico. **Rev. esc. Enferm**, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100014&script=sci_abstract&tIng=eses> Acesso em: 28 mar. 2014.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25>> Acesso em: 30 mar. 2014.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15. Supl. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/039.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2014.

VILELA, P. F.; SOUZA, A. C.; Liderança: um desafio para o enfermeiro recém-formado. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, n. 18, v. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a15.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2014.

IMPACTOS PSICOLÓGICOS GERADOS PELA VIVÊNCIA DA MORTE MATERNA

Camila da Silva¹; Lorena Paratella².

¹ Email: Kamila_silva1994@hotmail.com

²Coordenadora do curso de Psicologia do Unibave. Mestra. E-mail: zupoo.lorena@gmail.com.

Resumo: A morte é parte da condição humana, mas a dor e o medo produzidos pela ruptura da morte impedem que as pessoas enfrentem com mais naturalidade as perdas. Nesse contexto, o estudo traz como temática os impactos psicológicos decorrentes da morte materna. Sendo assim, constituiu-se como objetivo geral do estudo compreender os sentidos subjetivos vivenciados pelos filhos diante da morte materna. Esta pesquisa foi realizada guiando-se pelo método exploratório com abordagem qualitativa, tendo como instrumento para coleta de dados uma entrevista semi estruturada, onde foi realizada com 5 filhos que vivenciaram a morte materna nos últimos 3 anos. Por meio dos resultados, pôde-se notar que o acompanhamento do processo de adoecimento da mãe possibilitou certa preparação para a morte materna, e uma retomada nas atividades de vida mais rápido, minimizando os impactos psicológicos e as dores provenientes da ruptura de laços afetivos tão intensos.

Palavras-chave: Morte materna. Impactos psicológicos. Filhos.

Introdução

A morte é a única certeza que temos em nossas vidas, mesmo assim é um tema que provoca sentimentos negativos e medos. As pessoas evitam falar sobre o assunto, impedindo-as de enfrentarem a dor da perda com menos sofrimento, já que é um processo natural do ciclo de vida dos seres humanos.

Segundo Caterina (2007), a perda de um familiar ou ente querido é uma das experiências mais dolorosas para um ser humano. Assim, tanto isso ou o rompimento de uma relação, desencadeiam diversos sentimentos e comportamentos, levando o enlutado a um período de desorganização e sensibilização.

De acordo com Bowlby (2004), o bebê faz o primeiro contato social com a mãe, tornando assim uma fonte de segurança e proteção. Quando se perde a mãe, torna-se um momento também muito difícil, pois foi por meio dela que a criança teve o seu primeiro contato social, criou vínculos e se desenvolveu.

A mulher diante do seu papel de mãe assume a responsabilidade de estar cuidando e suprimindo as necessidades do filho, principalmente as de afeto. A partir desse cuidado, é que começa a relação materna (CÂMARA; FERNANDES, 2015).

Diante do processo de criação dos filhos, surge o conceito de maternidade, no qual a mãe oferece o suporte que a criança necessita, estabelecendo-se assim um importante vínculo entre ambos. É por meio dela que o filho vai ter o seu primeiro contato social. Diante disso, surge o seguinte questionamento norteador da pesquisa: quais os impactos psicológicos vivenciados por filhos diante da morte materna?

A partir da problemática posta, este estudo teve como objetivo geral compreender os impactos psicológicos vivenciados por filhos diante da morte materna. E como objetivos específicos: identificar os sentimentos dos filhos diante da morte materna; analisar o impacto da vivência da morte materna no cotidiano dos filhos; e investigar os aspectos de enfrentamento do luto em relação à morte materna.

A escolha da investigação sobre o tema descrito justificou-se pela observação de muitos casos ocorridos na região e pela importância da temática, diante de poucos estudos e discussão acadêmica. Dessa maneira, entendeu-se que este trabalho pudesse contribuir para o aprofundamento e conhecimento maior acerca da temática. Além da relevância do estudo acadêmico, o tema estudado contribui também para o avanço da Psicologia enquanto ciência e profissão, oportunizando conhecimento para a atuação do profissional, uma vez que o tema está presente no cotidiano do psicólogo.

Morte

O tema morte foi um assunto reverenciado ao longo da história, passando por diversas culturas, décadas e representações até a contemporaneidade (BASSO; WAINER, 2011). Na idade média, a morte era vista com certa tranquilidade. De acordo com Araújo e Vieira, (2001 *apud* BASSO; WAINER, 2011) a morte nesse período também era vista como familiar, sendo um fator natural que faz parte da história do ser humano. Também estava ligada à questão da religiosidade, em que acreditavam em uma vida futura reservada por Deus, a qual as pessoas seriam aliviadas de dores, sofrimentos e que no céu havia uma recompensa para quem tinha sofrido muito na terra.

E foi também diante das descobertas da ciência, que a ideia de morte era vista como punição de Deus passou a não ser mais acreditada, e sim, tornou-se mais evidente que era causada por doenças, havendo assim uma ruptura entre religião e morte. No final do século XX, segundo os autores Basso e Wainer (2011), por meio

dos avanços tecnológicos e os estudos de medicina, começou-se a adiar em muitos casos a morte, sobretudo com as descobertas das vacinas e o uso de medicamentos.

Cada cultura tinha uma forma de enfrentar e compreender a morte. Atualmente, a morte ainda é vista como um mistério da vida. Por isso, as pessoas não estão preparadas para lidar com ela, o que torna mais difícil a sua aceitação. A morte é um fenômeno que pode desencadear sensação de fragilidade nas pessoas e desamparo. É um momento difícil a ser enfrentado. O rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte repentina ou não, são determinantes essenciais na elaboração dessa perda (LISBOA; CREPALDI, 2003 *apud* BASSO; WAINER, 2011). Moura (2006) afirma que:

O ser humano enfrenta perdas ao longo da vida, dos mais variados tipos: objetos, juventude, projetos não concretizados e pessoas. A perda de uma pessoa pode acontecer por mudança geográfica, por rompimento de relação e por morte. A perda por morte é a grande e última perda. Grande porque há várias outras perdas adjacentes a perda da pessoa e última porque não é possível reaver aquele que foi perdido: a pessoa está morta. (MOURA, 2006,p.10).

Diante do exposto, o ser humano durante a sua vida passa por inúmeros tipos de perdas, mas aquela por meio da morte é uma das piores e maiores que o ser humano pode sofrer.

Luto

A morte faz parte do ciclo vital do ser humano e ela deixa a pessoa enlutada desencadear sentimentos como: profunda tristeza, desânimo, perda de vontade de realizar as atividades rotineiras, dentre outros (COCENTINO, VIANA, 2011).

Segundo Moura (2006), a perda é um fenômeno universal da vida do ser humano porque:

Acomete todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida. A perda pode ser relacionada a um objeto (por exemplo, ter um carro roubado ou um objeto de estima danificado), a constatação da impossibilidade de atingir um objetivo traçado, a perda da juventude ou a perda de um ente querido (por distância geográfica, por rompimento de relações ou por morte). O traço comum em todos esses tipos de perda é a dificuldade de tolerar a ausência do que foi perdido. (MOURA, 2006,p.13).

A maioria dos indivíduos não está preparada para enfrentar a morte, o fato de desconhecer os aspectos relacionados ao final da vida, pode tornar a ideia de pensar em morrer ou em perder alguém próximo, ser apavorante e inaceitável (EIZIRIK;KAPCZINSKI; BASSOLS, 2001).O processo de luto ocorre quando perdemos alguém muito próximo. Diante disso, algumas pessoas, com o passar do tempo, são capazes de enfrentar melhor essa situação do que outras que precisam de um amparo maior para poder superar a dor da perda.

O luto é a reação frente à perda de alguém que fez parte da nossa vida, em que há um esvaziamento do mundo externo e desencadeia falta de ânimo, perda da capacidade de amar e limitação de atividades (COCENTINO; VIANA, 2011).O processo de luto segundo Oliveira e Lopes (2008, p.218) é:

O luto é a fase da expressão dos sentimentos decorrentes da perda, a qual se demonstra por choque, desejo, desorganização e organização; é a fase de aprender que a morte deve ser tornada real, a partir do que se torna possível estabelecer novas concepções sobre o mundo, favorecendo investimentos pessoais. A fase do choque pode durar horas ou dias, constituindo-se de desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento. Tais sentimentos podem se manifestar por atitudes emocionais intensas e passam a ser expressos contra todo aquele que venha a compartilhar o luto, como uma manifestação de defesa, pois a aceitação desses sentimentos reafirma a perda (2008, p.218).

No entanto, apenas quando a pessoa tiver passado por esses sentimentos é que ela vai conseguir se restabelecer, marcando assim a última fase do luto. Embora com a saudade presente, e ainda se adaptando às modificações causadas pela perda, poderá retomar suas atividades, completando a última fase do luto – a reorganização (BOWLBY, 1990).

Já Moura (2006) afirma que a forma como o luto é vivenciado depende de alguns fatos como: a intensidade do amor ou força de apego; grau de parentesco entre o enlutado e o falecido; sexo do enlutado; a idade do enlutado e a idade do falecido.

A intensidade do amor ou força de apego que mais influenciam no luto são a proximidade e os sentimentos que existem pelo ente querido (MOURA, 2006). Então, quanto mais próxima e com maior sentimento, maior é a dor da perda para a pessoa.

O grau de parentesco entre o enlutado e o falecido provoca diferentes reações no enlutado, pois “as reações vivenciadas, bem como sua duração e a intensidade dependem também de quem era o ente querido que faleceu.” (MOURA, 2006,p.32).

Ou seja, as reações do enlutado vão depender do grau de parentesco com o ente querido.

Quanto ao sexo do enlutado observa-se que as mulheres tendem a sentir mais a perda do que os homens. “Os homens tendem a negar a perda, num esforço de evitar pensamentos e emoções que o fariam sentir um medo esmagador.” (REED, 1998 *apud* MOURA, 2006, p.31).

Já a idade do enlutado e do falecido também são influências no processo de luto. A perda de um dos pais na infância pode se tornar um grande trauma para a criança. Já a idade do falecido também influencia. Pois na sociedade, como afirma Moura(2006), parece mais aceitável a morte de uma pessoa idosa, já que a mesma já viveu por um tempo mais longo. Já a morte de crianças e adolescentes costumam tornar a perda mais difícil.

Representação da Figura Materna

Atualmente, a mulher perante a sociedade desenvolve diversos papéis, que vão desde o de trabalhar fora de casa até a criação dos filhos. Sendo assim, surge o conceito de maternidade, destacando em assumir um papel de cuidadora e de suprir as necessidades dos filhos. Segundo Silva (2012), as mulheres que optam por ter filhos já possuem natureza maternal. Dentre as escolhas que a mulher pode fazer em suas vidas, a maternidade é uma delas e está associada a outros projetos pessoais, vinculados à realização profissional, independência econômica e ao livre exercício da sexualidade (BAPTISTA, 1995).

E quando se fala em criação dos filhos surge o conceito de maternidade, que seria assumir um papel de cuidadora e de suprir as necessidades dos filhos, sendo essa a forma da qual as mulheres possuem natureza maternal (SILVA, 2012).

É por meio da figura materna que a criança tem o primeiro contato com o mundo. Bombly (2004) afirma que é a partir da mãe que o bebê tem o seu primeiro contato social, tornando-se assim uma fonte de segurança e de proteção, podendo durar na vida adulta.

Ressaltando assim que, para um desenvolvimento emocional e social da criança é necessário que haja boa relação afetiva, desde o nascimento e seu primeiro contato com a mãe. Winnicott (1958) considera a mãe sendo a pessoa mais preparada para atender às necessidades do filho, pois todo o cuidado e construção de vínculos já começam desde a gravidez.

Esse desenvolvimento emocional do bebê tem origem a partir da gestação da mulher. Segundo Câmara e Fernandes (2015), logo no nascimento da criança, a mãe passará pela privação de suas necessidades e dedicar-se-á exclusivamente ao bebê.

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi norteada por um método científico de modo a garantir a relevância do conhecimento produzido. O presente estudo foi conduzido pelo método exploratório com abordagem qualitativa, realizado por meio de uma pesquisa de campo, em que teve como instrumento para coleta de dados uma entrevista semiestruturada.

A pesquisa de caráter exploratório tem por objetivo aproximar o pesquisador com o tema analisado. Segundo Gil (2007), essa pesquisa envolve: levantamento bibliográfico acerca do tema, entrevista com pessoas que tiveram experiência com o tema pesquisado, e análise dos exemplos para que se possa ter melhor compreensão da situação.

O estudo de natureza qualitativa é direcionado ao longo do seu desenvolvimento, sem buscar enumerar ou medir eventos, apenas descrever ou caracterizar o fenômeno estudado (NEVES, 1996).

Por meio da entrevista semiestruturada, foram feitas perguntas relacionadas ao tema pesquisado. Assim:

Favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e, atuante do pesquisador no processo de coleta de informações. (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

As entrevistas foram realizadas com 5 filhos que tivessem vivenciado a morte materna nos últimos 3 anos e que residissem na região do Vale de Rio Fortuna, Sul catarinense. Para garantir a ética na pesquisa, esta foi orientada pela Resolução n. 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer número 1.719.737.

Resultados e Discussão

Neste momento serão abordados e discutidos os resultados da pesquisa. Este trabalho apresentou uma análise de recortes dos discursos dos cinco sujeitos da pesquisa. A identificação dos entrevistados será mantida em sigilo, sendo estes

substituídos por nomes fictícios, e posteriormente, por numeração, como: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3, Entrevistado 4 e Entrevistado 5.

Serão fornecidos dados sobre os entrevistados, para melhor compreensão do leitor:

Quadro 1 –Estratificação da amostra

Entrevistas	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Tempo da perda materna	Idade da mãe (anos)
Entrevistado 1	52	Masculino	Ensino Fundamental incompleto	10 meses	75
Entrevistado 2	40	Masculino	Ensino Médio incompleto	2 anos e 5 meses	70
Entrevistado 3	51	Masculino	Ensino Fundamental incompleto	4 meses	71
Entrevistado 4	19	Feminino	Ensino Médio completo	1 ano e 4 meses	49
Entrevistado 5	19	Masculino	Ensino Médio completo	1 ano e 6 meses	52

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Todos os entrevistados moravam na mesma casa com a mãe. Possuem idade entre 19 e 52 anos. Dentre os cinco entrevistados, quatro são do sexo masculino e um do sexo feminino.

O conteúdo advindo das entrevistas possibilitou a criação de três categorias de análise, sendo elas: 1- A morte: encontrando a ruptura, 2- O luto: perda e sentimentos, 3- A família: laços afetivos diante do luto.

A pretensa aproximação e compreensão do fenômeno, a partir das categorias de análise, permitiu deslizar pelo tema conhecendo os sentimentos que antecedem à perda, o momento em que se vivencia efetivamente a ruptura e, por fim, o que fica após a partida de alguém que ocupa na vida da maioria das pessoas um espaço tão importante.

A morte: encontrando a ruptura

A morte é um tema atualmente ainda pouco discutido, pois as pessoas têm receio de falar sobre isso, evitando-o. A morte tende a gerar um sentimento de impotência, um fato que coloca as pessoas diante da impossibilidade de reverter a perda(MOURA,2006). Para descrever o contexto do processo de morte materna, os entrevistados cujas mães já estavam em processo de adoecimento, três entre cinco,

apontaram para o fato de se sentirem mais preparados para a ruptura. Esse fato corrobora com a ideia de Moura (2006, p.37):

As mortes naturais ou esperadas são aquelas decorrentes de doenças degenerativas (câncer e AIDS, por exemplo), doenças cujo paciente e/ou familiares sabiam de sua existência – e conseqüente risco de morte- (enfarto cardíaco, por exemplo) ou mortes que ocorrem devido à idade avançada (parada respiratória/cardíaca e falência múltipla dos órgãos). O principal ponto em comum a todas elas é o fato da família e/ou doente já contarem com a possibilidade da morte ocorrer (2006, p.37).

A certeza de uma morte eminente objetiva-se claramente na fala dos sujeitos desta pesquisa.

“[...]eu estava acompanhando, e sabia que uma hora podia acontecer, não assim como diz o outro tão rápido como ela foi, mais a gente já esperava. E ela já estava doente há uns 5 anos.” (Entrevistado1).

“Já vou dizer que não foi assim tão chocante. Assim eu não fiquei tão chocado porque ela já estava doente, ela tava[sic]comigo, tava[sic] daí já de cama uns três meses praticamente.” (Entrevistado 2).

O convívio com a dor do processo de adoecimento leva as pessoas a criar estratégias de enfrentamento e até se projetarem na vivência dessa situação de perda.

De acordo com Moura (2006), esse momento também pode ser chamado de luto antecipatório, em que a família conhecia a possibilidade de morte do ente querido antes que ela acontecesse. Diante da fala desses entrevistados, pode-se perceber que devido ao acompanhamento do processo de adoecimento da mãe, os filhos já esperavam a morte materna.

Diferentemente desse posicionamento produzido pela vivência do luto antecipatório, a morte inesperada é delineada por sentimentos diversos, a ruptura abrupta dos elos físicos faz com que o sentimento de perda e de impotência sejam intensificados.

Foi triste, não esperava, porque assim tinha que fazer cirurgia do coração, daí foi deixado na vontade dela, mãe quer fazer ou não? Quero fazer a mãe dizia. Se ela dissesse não eu tenho medo de fazer, eu não tinha levado ela pra fazer, mais ela disse não, eu quero fazer, é obrigado. Ela já tinha feito 7 ou 8 cirurgias. E infelizmente não teve sorte na cirurgia (Entrevistado 3).

A emoção e a expressão de dor se faziam presentes no momento da entrevista. “Eu estava com ela, quando ela morreu. Foi dolorido.” (Começaram a transcorrer lágrimas) (Entrevistado 5).

Segundo Pincus (1989, p.1 *apud* ROSA, 2011), “o choque é a primeira resposta a morte de uma pessoa amada e esse será mais intenso se a morte for súbita ou inesperada”.

De acordo também com Moura (2006, p.39) a morte inesperada “apresenta um fator complicador: o elemento surpresa. A morte acontece sem sinais, sem anúncio algum”. Uma ruptura abrupta.

Nessa direção, foi possível constatar que a fragilidade emocional nos casos em que a morte é inesperada é maior, denotando impacto psicológico e um processo de sofrimento mais intenso.

O luto: perda e sentimentos

O luto é uma reação natural diante da perda de um ente querido, no qual a pessoa apresenta um conjunto de respostas que podem ser sociais, comportamentais, fisiológicas ou psicológicas frente à perda de um indivíduo (MOURA, 2016). Para compreender melhor esse momento, perguntamos aos pesquisados como haviam sido os primeiros dias após a morte materna e o que havia mudado no cotidiano dos entrevistados. Dentre os cinco entrevistados, quatro relataram a falta da mãe em casa.

É a falta dela em casa, porque a gente era acostumado com ela ali. No momento só pedi pra Deus me ajudar, pra ter a força de continuar, não adianta uma hora daquelas o cara se desanimar, se desesperar, porque vai fazer o que? Uma hora dessas ninguém quer perder alguém, mas se chegou a hora dela. E hoje sinto muita falta (Entrevistado 1).

O cotidiano, nas relações privadas é marcado por rituais e organizações que constituem as formas de convivência. Desse modo, quando um dos membros da família parte, a ausência fica evidente em cada uma das atividades domésticas.

Daí foi difícil, porque daí tu deve se acostumar com tudo sem ela, daí os primeiros dias foi difícil, bastante difícil, porque daí tu tá sentindo a falta dela toda hora, tu entra dentro de casa ela não tá, vai na rua não tá, tu vai sair de carro ela não vai, então foi bem difícil, os primeiros dias foi bastante difícil”. Na verdade muda bastante, porque eu era o responsável por ela, eu tinha que fazer, levar ela nos idosos, no

médico, levar ela pra passear, então tudo isso mudou, assim o próprio convívio com a família mudou assim. (Entrevistado 2).

A retomada da vida, a formulação de novas modalidades de ser e estar no mundo, uma nova rotina que se estabelece é sentida pelas pessoas enlutadas.

Sei lá, parece que sempre faltava alguma coisa. Ia pra dentro de casa, saía, mas sempre faltava ela, um vazio que dá na casa, é triste. E Muda bastante, até hoje entra pra dentro ela sempre estava lá, ou sentada na mesa pra tomar um cafezinho ou mesmo na cadeira de rodas, ela colocava as louças, ajudava a lavar as louças, tudo, é uma falta muito grande, não esquece nunca, lembro todo dia, todo dia. (Entrevistado 3).

O sentimento de perda, de vazio existencial e, algumas sensações de desamparo, tornam o luto ainda mais complexo de ser vivenciado e compreendido.

“Que estava faltando alguma coisa. Porque todo dia, todo dia ela estava ali, e eu tinha que atender ela, e agora não tinha mais ninguém assim, sozinha” (Entrevistado 4).

Essas narrativas corroboram com Taverna e Souza(2014), os quais afirmam que o processo de perda da pessoa amada, causa no indivíduo sensação de vazio, olhar fora da realidade, como se isso não estivesse acontecendo. O que se evidencia claramente na fala do Entrevistado 5.

“Primeiro parece que ela vai voltar, porque já estava acostumado com ela ficar uns quantos dias no hospital, parecia ser normal aqueles dias.” (Entrevistado 5).

A perda de um indivíduo da família pode fazer com que a mesma se desorganize e acabe assim gerando uma nova estrutura de funcionamento (NASCIMENTO *et al.*, 2006). O que se reafirma na fala dos Entrevistados 4 e 5.

“No cotidiano mudei tudo assim. Mas no começo quando ela já estava ruim eu comecei a fazer as coisas já.”(Entrevistado 4).

“No cotidiano eu comecei a fazer o serviço que ela fazia assim, serviço de casa, cozinhar, lavar roupa.” (Entrevistado 5).

A morte materna conduz a uma nova reestruturação da casa, das atividades diárias, da organização e planejamento das ações, sendo direcionadas para uma nova pessoa assumir esse papel.

A família: laços afetivos diante do luto

Ao serem indagados sobre as questões que afetam a família, os entrevistados reportaram-se ao apoio social e psicológico produzido pelas mesmas. Segundo Bertoldo e Perlini (2007), para a família vivenciar a morte de um ente querido é um momento muito difícil, mas que se faz necessário, para que na própria família se busque apoio.

O Entrevistado 1 relatou sentir a falta da mãe, referindo-se também à solidão paterna.

E hoje sinto muita falta, e o pai também tá sempre sozinho, mas a gente tá com ele também, mas a gente sente que quando vamos fazer as coisas ele fica lá sozinho, se não estava sempre os dois conversando (pai e mãe), jogando baralho o dia inteiro. (Entrevistado 1).

A fala acima situa a mãe no centro da família, funcionando como eixo norteador, uma vez que o filho não percebe que ele, como membro da família, também pode ser companheiro do pai. As literaturas não evidenciam esse aspecto, o que denota à importância de aprofundarmos esse fator em novos estudos.

Mas, o que não pode deixar de ser apontado é o papel dessa mãe no encaminhamento das relações familiares, ocupando a função de neutralizadora dos conflitos. A perda de uma pessoa próxima ou a notícia da morte de um ente querido, conforme explica Rosa (2011), pode romper o equilíbrio de qualquer família. Isso fica evidenciado com a fala dos Entrevistados 2, 3 e 4, quando relataram que após a perda materna tiveram alguns problemas relacionados à família.

“O convívio com os irmãos, piorou um pouco depois que a mãe faleceu, deu um problemas por causa de dinheiro.”(Entrevistado 2).

“A minha esposa sente muito a falta dela, o pai também está muito triste por isso. Depois que ela faltou piorou as coisas.”(Entrevistado 3).

Segundo Moura (2006), esses relatos são considerados perdas secundárias, ou seja, foram perdas que ocorreram devido à perda da figura materna. Como percebido, após a perda da mãe, ocorreram problemas com os irmãos, com a esposa e o pai e o último entrevistado trouxe o relacionamento com o irmão, o qual não aceita que o pai tenha encontrado uma nova companheira, deixando de visita-los e causando grande sofrimento a todos. E, ainda, esses conflitos se apresentam fortes, quando o

cônjuge resolve dar continuidade à vida, especialmente, se busca um novo relacionamento.

Depois dessa perda, o que mais me marcou foi a namorada do meu pai. Não pelo fato de ele achar uma namorada, mais pelo meu irmão que não aceita de jeito nenhum, (chorando) daí com isso a gente acaba sofrendo também, porque ele nem vem mais aqui em casa. (Entrevistado 4).

A chegada de uma nova companheira para o pai pode funcionar como motivo para mais uma ruptura familiar, possivelmente, decorrente de uma experiência de luto não elaborada.

Já as datas comemorativas relacionadas à mãe, como aniversário, dia das mães, dentre outras, podem ser muito dolorosas, quando não se tem mais a pessoa ao seu redor (BALLONE, 2010). Isso pode ser confirmado na fala do Entrevistado 5.

“Assim o dia das mães (começou a chorar), aniversário, as datas comemorativas da mãe.”(Entrevistado 5).

Com a perda da figura materna, o filho necessita responder às demandas emocionais e organizacionais decorrentes da ausência da mãe, “já que não estará mais presente no Natal, aniversários, almoços dominicais, nem em situações alegres.”(MOURA, 2006, p.16), Esse processo de reorganização emocional e de enfrentamento das situações reais de comemoração de algumas datas sem a mãe, necessita de um tempo e das próprias estratégias de enfrentamento que o sujeito vai aos poucos estabelecendo.

Considerações Finais

A morte é a única certeza que temos em nossa vida, apesar disso, atualmente, em nossa sociedade, esse tema é ainda pouco discutido. As pessoas não gostam de falar sobre e possuem diversos sentimentos em relação ao assunto, como medo, angústia, dentre outros.

Alguns filhos trazem em suas falas que, devido ao acompanhamento do processo de adoecimento da mãe, fez com que eles já esperassem a notícia da morte materna, o que conota certa preparação para o enfrentamento da, e uma retomada nas atividades de vida mais rápida. Mas, mesmo esperando por essa morte, a situação foi muito dolorida. Já para os filhos que não estavam esperando a notícia da morte da

mãe, ocorreu um sofrimento maior. Mesmo com a perda familiar o afeto permanece e há presença de vínculos afetivos.

Pôde-se perceber que sem a figura materna foi difícil a adaptação a essa nova realidade. Os filhos tiveram que se adaptar fazendo os serviços que a mãe desempenhava antes ou deixando de executar algumas atividades diante da falta da mesma. A reorganização nos papéis familiares e a adaptação nas atividades de vida diárias, propiciam um novo movimento na rotina de vida das famílias.

Percebe-se também, que não importa a idade, mas que todos sentem a falta da mãe. A ruptura física ocorre com a morte, mas os vínculos afetivos permanecem por meio apego e da representação emocional da figura materna. A relação intensa de cuidado da mãe com o filho durante a vida é sentida por meio do desamparo que a ausência da figura ocasiona.

Nesta pesquisa foi possível também perceber, que nas famílias ocorreram alguma desestruturação, podendo observar que a mãe era um ponto de equilíbrio na família.

Os impactos psicológicos percebidos são decorrentes da ausência em si, da necessidade da reestruturação familiar, do sentimento de desamparo e das novas formas de organização familiar e gerenciamento de conflitos.

Atualmente, a morte ainda é um tema pouco debatido. Sugere-se assim, mais estudos, pesquisas, artigos científicos acerca da temática, pois ainda há escasso material sobre o assunto publicado. Percebeu-se assim dificuldade durante esse trabalho para se encontrar teoria desse tema na literatura.

Referências

BALLONE, Geraldo José. **Lidando com o Luto**. PsiquWeb. 2010. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BAPTISTA, SYLVIA MELLO SILVA. **Maternidade e Profissão: oportunidades de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo.. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2016.

BERTOLDO, C.; PERLINI, N. M. G. A trajetória de uma família no adoecimento e morte de um familiar por câncer: compromisso e solidariedade. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí. Editora Unijuí, v.6, n.12,p.49-58,jan/jun., 2007.

BOWLBY, J. **Apego e perda. A natureza do vínculo** (Trad. De Álvaro Cabral). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Apego e Perda: tristeza e depressão**. v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CÂMARA, M. dos S.; FERNANDES, V. B. **Prejuízos na ausência materna no desenvolvimento infantil**, fev., 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/prejuizos-da-ausencia-materna-no-desenvolvimento-infantil>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

CATERINA, C. M. **O luto: perdas e rompimento de vínculos**. Manejo clínico Associação psicanalítica do vale do Paraíba, 2007.

COCENTINO, J. M. B.; VIANA, T. de C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 591-599, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300018>. Acesso em: 16 mar. 2016.

EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed; 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

MOURA, C.M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte**. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília. Brasília-Distrito Federal, 2006.

NASCIMENTO, C.C. *et al.* Apego e perda ambígua: apontamentos para uma discussão. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 426-449, set. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2016.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa-características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

DE OLIVEIRA, João Batista Alves; DA COSTA LOPES, Ruth Gelehrter. **O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho**. 2008. Acesso em: 2 abr. 2016

ROSA, R. **O processo de luto antecipatório das famílias com parentes em fase de doença terminal**. abril, 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-processo-de-luto-antecipatorio-das-familias-com-parentes-em-fase-de-doenca-terminal/63739/>>. Acesso em: 17. set. 2016

SAMPAIO, J.; *et al.* A representação social da maternidade de crianças em idade escolar. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 1, p. 174-185, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n1/v28n1a13.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

SILVA, A. da. **Representações sociais da maternidade segundo mães de crianças com deficiência.** 130 f.(Dissertação) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco.Recife, 2012.

TAVERNA, Gelson; SOUZA, Waldir. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUCPR, Curitiba**, v. 2, n. 2, 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas,1987.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1958.

IMPORTÂNCIA DO EXAME GENÉTICO NO DIAGNÓSTICO DE INTOLERÂNCIA À LACTOSE

**Ana Paula Nazário¹; Candice Steckert da Silva²; Cleonice Maria Michelin³;
Fernando Mateus Scremim⁴; Fabrício Eládio Felisbino⁵**

¹Curso de Farmácia. UNIBAVE. paula_nazario@hotmail.com.

²Curso de Farmácia. UNIBAVE. cansteckert@gmail.com.

³Curso de Farmácia. UNIBAVE. c_michelon@hotmail.com.

⁴Curso de Farmácia. UNIBAVE. screminfm@yahoo.com.br.

⁵Curso de Farmácia. UNIBAVE. fabriciofelisbino@gmail.com.

Resumo: A intolerância à lactose é a consequência da má degradação deste açúcar predominante no leite e seus derivados. Isso acontece porque há uma ausência ou diminuição na enzima lactase que é responsável pela hidrólise da lactose. A lactose não hidrolisada fica no intestino onde sofrerá ação de bactérias fermentadoras que irão produzir efeitos clínicos no paciente como o excesso de gases intestinais, flatulência, dor abdominal, desconforto abdominal, diarreia, náuseas, vômitos e dores de cabeça. Com base nessas evidências, o presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura e avaliar a importância do exame laboratorial molecular no diagnóstico de pacientes com intolerância à lactose, correlacionando exames genéticos com testes de intolerância, interpretar os resultados e analisar as mutações relacionadas aos genes de intolerância. A importância do conhecimento dos polimorfismos genéticos responsáveis pela intolerância à lactose é de grande valor para interpretação correta de um resultado genético e compreender sua aplicabilidade.

Palavras-chave: Diagnóstico molecular. Lactose. Intolerância.

Introdução:

O leite é uma emulsão de cor branca, ligeiramente amarelada, odor suave e gosto levemente adocicado. É um alimento completo que possui proteínas, gorduras, vitaminas, minerais, carboidratos e adequada fonte de cálcio, é considerado indispensável na alimentação dos mamíferos nos primórdios de suas vidas, enquanto não podem digerir outras substâncias (PEREIRA FILHO, 2004).

De acordo Fernandes (2015) a lactose presente no leite é um açúcar do tipo dissacarídeo. Após a ingestão de leite ou de seus derivados, a lactose é hidrolisada no intestino e origina dois monossacarídeos glicose e galactose, que são absorvidos pelo intestino para corrente sanguínea.

Segundo Pereira Filho (2004) as desordens funcionais gastrointestinais são uma combinação de sintomas não bem explicados com anormalidades bioquímicas e

estruturais. Grande parte da população mundial é composta por indivíduos que apresentam perda progressiva da capacidade de absorção completa do açúcar lactose, após o desmame.

É imprescindível estabelecer a diferença entre intolerância à lactose e alergia ao leite, ambas possuem sintomatologias parecidas, sendo facilmente confundidas. A alergia a proteínas do leite é uma reação imunológica que se manifesta após a ingestão, inalação ou contato com determinada porção, por menor que seja, de leite ou derivados. A alergia ao leite de vaca pode provocar alterações no intestino, na pele e no sistema respiratório (BINSFELD et al., 2009).

Já a capacidade de digerir a lactose contida no leite está sujeita à presença e atividade da enzima lactase existente no intestino, que com o passar dos anos, em alguns casos, tem um decréscimo na sua produção (MATHIÚS et al., 2016). Afirma-se então que a intolerância à lactose é uma incapacidade para digeri-la completamente. Está associada à deficiência ou ausência de uma enzima dissacaridase denominada lactase, presente na mucosa do intestino delgado responsável pela hidrólise da lactose (TEO, 2002).

Os sinais clínicos como a ocorrência de dor abdominal, esvaziamento gastrointestinal, diarreia, flatulência, náuseas, vômitos, cefaleia, desidratação e acidez metabólica, advêm pós a ingestão de leite e seus derivados, a intolerância apresenta vários sintomas e é facilmente confundida com outras patologias, por exemplo, a alergia à proteína do leite mencionada anteriormente. Assim sendo, o diagnóstico laboratorial conclusivo para determinada patologia é fundamental para o início do tratamento (GASPARIN et al., 2010).

Somente com a avaliação clínica relacionada com a sintomatologia é possível um encaminhamento para os exames laboratoriais, sendo estes: teste de tolerância à lactose, teste do hidrogênio expirado e teste genético, eles tem por finalidade verificar se há intolerância à lactose, para confirmação da suspeita clínica (TUMAS; CARDOSO, 2010).

Quando diagnosticada, pessoas intolerantes devem buscar acompanhamento nutricional, pois a exclusão total de ingestão de leite e seus derivados poderá comprometer a quantidade necessária de cálcio, minerais e outras vitaminas, essas são fundamentais na dieta humana. Atualmente é possível encontrar produtos lácteos com baixo teor de lactose, dentre eles se destacam lácteos fermentadores, estes

permitem ao consumidor ingestão apropriada de nutrientes não acarretando em prejuízo nutricional (PEREIRA et al. 2012).

Partindo das informações dispostas, o presente trabalho teve como objetivo mostrar a importância do exame laboratorial molecular no diagnóstico de pacientes com intolerância à lactose. Verificar a presença de mutações nos genes relacionados à intolerância, empregando a interpretação de resultados de exames laboratoriais, sendo estes genéticos ou teste de intolerância a lactose (BULHÕES et al. 2006).

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma revisão da literatura, utilizando como fonte de dados artigos, periódicos, monografias; livros, dicionários e enciclopédias (RODRIGUES, 2007).

O presente estudo tem por objetivo revisar informações, conceitos sobre intolerância à lactose, dando ênfase ao teste laboratorial genético, assumindo uma forma de pesquisa explicativa que irá identificar fatores determinantes para a ocorrência de determinados fenômenos e através do método observacional realizado, um levantamento na literatura (RODRIGUES, 2007).

Através de registros e análises bibliográficas os procedimentos metodológicos foram realizados. Os critérios para seleção da pesquisa abrangeu buscas por meio de palavras chaves: intolerância à lactose, teste genético de intolerância à lactose, investigação de intolerância à lactose, com finalidade de nortear a importância do exame genético no diagnóstico da intolerância à lactose.

Segundo Moreira (2004). o levantamento bibliográfico é uma fase da revisão de literatura, assim como é fase inicial para diversos tipos de pesquisa, inicia-se determinando e delimitando o tema e segue-se com o levantamento e a pesquisa bibliográfica.

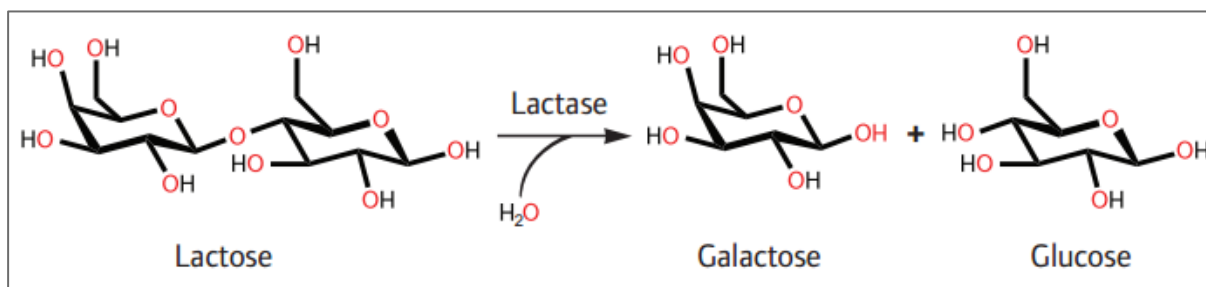
Resultados e Discussão

Intolerância à lactose

A intolerância à lactose é uma síndrome clínica, ocasionada pela carência da enzima lactase ou inabilidade de digerir apropriadamente a lactose, o principal açúcar do leite. A lactose é um dissacarídeo composto por uma molécula de galactose ligada a uma molécula de glicose, sua absorção ocorre na borda em escova da mucosa na parede do intestino (FERNANDES, 2015).

A enzima lactase é originada pelas células da mucosa do intestino delgado, fica localizada na extremidade das vilosidades da mucosa intestinal, é responsável por hidrolisar a lactose em moléculas de monossacarídeos glicose e galactose (figura 1), que são então absorvidas para a corrente sanguínea (TUMAS; CARDOSO, 2010).

Figura 1 - Quebra da lactose em glicose e galactose em uma reação que envolve a enzima lactase e uma molécula de água.



Fonte Herkenhoff, 2012.

Quando não ocorre a quebra da lactose em glicose e galactose, esta chega ao intestino grosso onde sofrerá ação de bactérias fermentadoras, que irão produzir excesso de gases como: H₂, CH₄, CO₂ e ácidos graxos de cadeias curtas, os quais irão originar sintomas que se concentram no sistema digestivo e melhoram com a interrupção do consumo de produtos lácteos. Estes sintomas costumam surgir minutos ou horas após a ingestão de leite *in natura* e derivados. Os mais característicos são dor e desconforto abdominal, cólicas, sensação de inchaço no abdômen, náuseas, vômitos, diarreia, flatulência, dores de cabeça, ardor anal e assaduras, estes dois últimos são provocados pela presença de fezes mais ácidas, em crianças pequenas e bebês portadores do distúrbio, em geral, perdem peso e se desenvolvem mais lentamente (CUNHA et al., 2008).

Segundo Tumas e Cardoso (2010) a quantidade de lactose necessária para desencadear os sintomas irá variar de indivíduo para indivíduo, eles apresentam intensidades variáveis, isso porque depende da quantidade de lactose ingerida e do grau de carência enzimática, é uma patologia que acomete tanto adultos quanto crianças e seu progresso pode ser transitório ou definitivo.

Por este motivo, classificamos a deficiência à lactase em três tipos: deficiência de lactase primária, deficiência de lactase congênita e deficiência de lactase secundária.

A deficiência de lactase primária é caracterizada por uma alteração (modificação) no gene (LCT) responsável por codificar a lactase, tem disfunção resultante de herança autossômica recessiva, é conhecida como hipolactasia adulta, podendo advir desde a infância, por falta parcial ou definitiva da enzima lactase. (GASPARIN et al., 2010).

Já a deficiência congênita é uma deficiência de caráter genético raro e crônico, de origem autossômica recessiva, onde não ocorre produção de lactose na mucosa intestinal, em geral as crianças que nascem nessas condições não produzem a enzima lactase. Quando acomete o recém-nascido, o diagnóstico deve ser precoce em razão do elevado risco de desidratação e risco de morte causada pela desidratação prolongada (TUMAS; CARDOSO, 2010).

A deficiência secundária segundo Barbosa (2011) pode surgir em qualquer idade, acontece quando o intestino delgado é lesionado ou por alguma enfermidade, por exemplo: enterite regional, desnutrição, diarreia persistente, aumento excessivo do intestino delgado, colite ulcerativa ou outras causas, todas essas condições tornam as alterações histológicas da mucosa intestinal evidentes. Nas categorias transitórias nota-se que a intolerância à lactose é temporária e a mesma se normaliza com a cura da infecção

A redução na atividade da lactase pode levar à condição chamada de hipolactasia. É importante distinguir entre a hipolactasia primária e causas secundárias de má digestão de lactose, como doenças celíacas, enterite, doença de Cronh, entre outras. A hipolactasia primária também deve ser diferenciada da deficiência congênita de lactase, uma doença com herança autossômica recessiva que afeta bebês desde o nascimento (GASPARIN et al., 2010).

Além da avaliação clínica, o diagnóstico da intolerância à lactose pode contar com três exames específicos: teste de intolerância à lactose, teste de hidrogênio na respiração e o mais recente, o teste genético.

Diagnóstico

O teste de tolerância à lactose (TTL) é um método simples e vastamente disponível em nosso meio, porém é bastante invasivo, podendo desencadear manifestações tais como: diarreias e vômitos após sua realização, em que a intensidade varia de acordo com o grau de deficiência da lactase. Alguns pacientes não conseguem nem concluir o teste devido aos fortes sinais clínicos.

Neste exame, primeiramente, coleta-se uma amostra de sangue em jejum (glicemia de jejum) e na sequência, ingere-se 50g de lactose dissolvida, e duas amostras de sangue são colhidas em intervalos de tempo de 30 minutos, sendo assim, as coletas são chamadas de tempo 0 minuto (ou basal) a primeira coleta, tempo 30 minutos a segunda coleta e tempo 60 minutos a terceira coleta. A interpretação do resultado se dá da seguinte forma: índices de glicose após a ingestão da lactose, menor que 20mg/dl, não apresentando um aumento significativo em relação ao valor basal, é um indicativo que a lactose ingerida não foi absorvida pelo intestino, caracterizando a intolerância (WORTMANN et al., 2013).

O Teste respiratório de hidrogênio expirado tem por base a produção de hidrogênio pela fermentação da lactose não absorvida. Neste teste, o paciente sopra no tempo basal, em seguida ingere a lactose e deve soprar novamente, após 60, 90, 120, 150 e 180 minutos. O diagnóstico positivo é estabelecido, quando a quantidade expirada de hidrogênio aumenta em 20 partes por milhão (ppm) em relação ao valor basal (MATHIÚS et al., 2016). Recomenda-se que o paciente realize um preparo na véspera do exame, ingerindo exclusivamente uma dieta não fermentativa com restrição total de lactose, evitar no período de um mês antes do exame a utilização de antibióticos, não praticar exercícios físicos, pois aumenta o hidrogênio expirado, e apresentar-se para o exame com jejum de 10 a 12 horas, o exame tem a sensibilidade de 80% a 92,3% e a especificidade de 100% (WORTMANN et al., 2013).

Com a evolução das práticas atuais, as atividades operacionais nos laboratórios passaram a ser automatizadas, gerando modificações, melhoramento nos processos de produção dos resultados laboratoriais e aplicações de novas técnicas. A técnica molecular é um exemplo, o teste genético é recente e tem crescente potencial de uso (BEM et al., 2013).

Segundo Bem et al. (2013) a análise molecular é um exame simples, de rápida execução e não invasivo, pois o mesmo não necessita ingerir lactose o que causa desconforto e distúrbios intestinais. O teste analisa mutações presentes nos genes LCT-13910C>T e no gene LCT-22018G>A, que são responsáveis por conter a informação genômica para a síntese da enzima lactase-florizina hidrolase.

De acordo com Joaquim et al. (2010) o gene é uma parte da molécula de DNA responsável pelas características herdadas geneticamente, são codificados por sequências de bases que sintetizam proteínas, que desempenham funções específicas.

Segundo Brown (1999), as alterações no material genético são causadas por mutágenos físicos e químicos, tanto substâncias químicas quanto físicas podem reagir com moléculas do DNA, modificando a estrutura de um ou mais nucleotídeos, tais mudanças afetam propriedades de pareamento de bases, resultando em mutação genética que acarreta o surgimento de novas características no organismo. Além disso, estas mutações podem ser transmitidas pelas leis da hereditariedade genética.

O gene LCT tem a função de sintetizar a enzima lactase e está localizado no braço longo do cromossomo 2, compreende 17 exons, 49 kb, traduzido em RNAm de 6.241 bases que codifica a enzima lactase com 1.927 aminoácidos (MATTAR et al., 2010).

Os exames genéticos identificam dois tipos de mutações distintas. Uma delas é a substituição do nucleotídeo citosina por uma timina na posição 13.910 do gene LCT (LCT-13910C>T - rs4988235). Esta mutação foi mapeada e encontrada no íntron 13 do gene MCM6 (manutenção de minicromossomo tipo 6). Havendo alteração nesse alelo, a enzima lactase permanece inativa após a suspensão da lactação, tornando os indivíduos intolerantes, levando a terem distúrbios intestinais quando ingerirem leite ou derivados (FRIEDRICH; HUTZ, 2013).

Segundo o Wortmann¹ et al. (2013) outro polimorfismo envolvido na persistência ou não da atividade da enzima lactase, é denominado como LCT-22018G>A, que é a substituição do nucleotídeo guanina por uma adenina, localizado no íntron 9 do gene MCM6, que quando mutado o alelo A, também tem atividade da enzima lactase intestinal diminuída, dificultando absorção de lactose.

Esses polimorfismos estão situados em regiões intrônicas do gene MCM6 (manutenção de minicromossomo tipo 6), portanto, não interferem com a função deste gene, ou seja, as mutações não alteram o RNAm da enzima, e sim sua regulação da expressão (MATTAR, 2010).

Estes testes devem ser utilizados primordialmente na investigação da hipolactasia primária. A hipolactasia primária está relacionada ao “desligamento” (down-regulation) da enzima lactase pelo gene MCM6 após os primeiros anos de vida. Isto porque antes de domesticar animais os seres humanos deixavam de consumir leite após a amamentação. A queda de atividade da lactase é gradual e associada à interação com outros genes e hábitos alimentares. Portanto é difícil estimar a idade em que a atividade se tornará insuficiente e os sintomas da intolerância à lactose irão

surgir. Os polimorfismos procuram identificar aqueles indivíduos com lactase persistente, ou seja, a lactase permanece “ligada” no indivíduo adulto (Matar, 2010).

Embora os pacientes apresentem genótipos que predispõe para a intolerância à lactose, o mesmo poderá manifestar os sintomas apenas na idade adulta ou não apresentar (assintomático) devido à redução progressiva na produção de enzima lactase, ocasionada pela diminuição da expressão do gene LCT, tais sintomas, se manifestados, comprometem a qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos, porém não costumam acarretar morbidade significativa (WORTMANN et al., 2013).

Mattar et al. (2010) afirma que foi através da validação do polimorfismo LCT que o exame genético passou a integrar a rotina de exames laboratoriais para diagnosticar a intolerância, as técnicas utilizadas são raspado de mucosa oral, técnica, facilmente realizada em crianças, ou através da coleta de amostra de sangue.

O exame, a partir de amostra do raspado de mucosa oral é mais indicado em crianças. Inicialmente é feita uma higienização bucal, em seguida, com o auxílio de uma escovinha - *swab*), a mucosa oral é raspada, através de movimentos circulares por aproximadamente 30 segundos, a face interna das bochechas após o *swab* bucal é introduzido em tubo, o qual deve ser girando várias vezes, até que o líquido fique turvo (SANTOS et al., 2015).

A técnica de biologia molecular PCR (reação em cadeia da polimerase) é feita através de uma coleta única de amostra de sangue total em EDTA, tal método amplifica o gene da lactase que permite obter um número suficiente de DNA para análise de mutações. A análise permite uma identificação precisa de uma sequência de DNA, assim é detectado se o indivíduo apresenta um alelo normal em ambos os cromossomos homólogos ou se há presença de mutação em algum alelo. Outra técnica utilizada é RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism), uma técnica bastante utilizada para o estudo do genoma, utiliza enzimas de restrição específicas para as mutações investigadas, que vão gerar diferentes tamanhos de fragmentos de DNA (LIMA, 2012).

O exame molecular no diagnóstico de intolerância é de total valia, principalmente na pediatria, pois o mesmo não é agressivo, é preciso e conclusivo levando o médico a descartar outras patologias suspeitas, que são facilmente confundidas com a intolerância a lactose, uma vez caracterizado o diagnóstico geralmente deficiência de caráter hereditário por acometer crianças, a terapia alimentar deve ser iniciada em uma dieta livre de lactose pois esta resultará no

desaparecimento dos sintomas indesejados, causados pelo açúcar do leite. (WILL, 2007)

Para facilitar o entendimento e interpretação do teste genético para Intolerância a lactose, colocamos abaixo duas tabelas que representam hipoteticamente dois testes laboratoriais.

A tabela 1 mostra o exemplo de um paciente que realizou o teste genético, através da coleta de células da boca e apresentou resultado com a presença de genótipo com lactase persistente. Outro resultado compatível com pacientes tolerantes seria LCT-13910: T/T e /ou LCT-22018: A/A.

Tabela 1: Exemplo de teste genético de intolerância a lactose, com resultado de Tolerante. Fonte: autores.

TESTE GENÉTICO DE INTOLERANCIA A LACTOSE	
Material	Swab bucal
LCT-13910:	C/T
LCT-22018:	G/A
Conclusão:	Tolerante
Valor de Referência:	Portadores do genótipo CC na posição 13910 e genótipo GG na posição 22018 tem atividade diminuída da enzima lactase intestinal. Portanto, a lactose presente em produtos lácteos pode não ser digerida no intestino delgado, sendo fermentada por bactérias, podendo gerar diarreia, flatulência e dor abdominal.

Fonte: Autores (2016).

A tabela 2 mostra o exemplo de um paciente que realizou o teste genético, através da coleta de sangue total em EDTA e apresentou resultado com atividade diminuída da lactase, sendo caracterizado um paciente intolerante.

Tabela 2 - Exemplo de teste genético de intolerância a lactose, com resultado de Intolerante.
Fonte: autores.

TESTE GENÉTICO DE INTOLERANCIA A LACTOSE	
Material	Sangue total com EDTA
LCT-13910:	C/C
LCT-22018:	G/G
Conclusão:	INTOLERANTE
Valor de Referência:	Portadores do genótipo CC na posição 13910 e genótipo GG na posição 22018 tem atividade diminuída da enzima lactase intestinal. Portanto, a lactose presente em produtos lácteos pode não ser digerida no intestino delgado, sendo fermentada por bactérias, podendo gerar diarreia, flatulência e dor abdominal.

Fonte: Autores (2016).

Tratamento

Após a confirmação do déficit da atividade da enzima lactase o tratamento deve ser iniciado, a terapia consiste em controle da dieta e utilização de medicamentos específicos. É preciso também acompanhamento médico, pois a exclusão total de ingestão de leite e derivados pode acarretar em danos nutricionais como baixa ingestão de cálcio, por este motivo é recomendado buscar em outros tipos de alimentos fonte desse mineral, medidas como redução de alimentos que contenham alto teor de lactose, busca por produtos lácteos fermentados, pois estes possibilitam a hidrólise de parte da lactose, são indicados imediatamente (PEREIRA et al., 2012).

Recentemente, estão sendo comercializados alimentos funcionais denominados probióticos e prebióticos, estes por sua vez tem funções parecidas, são feitos através de bebidas fermentadas por colônias distintas de lactobacilos tornando-o possível de tolerar a ingestão de lactose (SÁ et al., 2014).

De acordo com Oliveira (2002), alimentos probióticos são compostos de bactéria que garantem a saúde do hospedeiro. Já os prébióticos por sua vez são carboidratos não digeríveis que atuam seletivamente à proliferação de bactérias desejáveis, beneficiando assim, o hospedeiro (STEFE et al., 2008).

Em relação aos fármacos disponíveis no mercado farmacêutico, as enzimas digestivas para preparação de alimentos lácteos (reposição enzimática), encontradas em forma de sachês ou cápsulas são as mais utilizadas, sua função é aliviar a inflamação e irritação do trato intestinal, reforçar a microflora (bactérias saudáveis) e auxiliar o sistema digestivo a quebrar a lactose não digerida pelo organismo. Analgésico e antiespasmódico (Buscopan composto®), antidiarreico (Imosec®)

também são empregados com intenção de minimizar as manifestações clínicas causadas pela ingestão da lactose (SÁ et al., 2014).

Considerações Finais

Com o projeto genoma humano, iniciou-se uma revolução na área de pesquisa genética. A cada dia são identificados genes e proteínas envolvidas em diferentes processos fisiológicos do ser humano, e assim alguns conceitos são modificados, redefinidos ou confirmados a partir da análise genética. A capacidade de identificar o padrão de expressão do gene permite a delimitação de diferentes enfermidades do ponto de vista clínico, que apenas com base na morfologia ou outras informações seria de difícil distinção.

O poder das técnicas moleculares pelo fato de elas fornecerem novas informações impossíveis antes apenas com exames laboratoriais simples, está tornando a mesma bastante procurada e executada nos últimos tempos.

O sequenciamento de partes do genoma demonstrou que alguns polimorfismos estão em genes cujas suas funções são importantes na resposta dos pacientes, na medida em que os polimorfismos são identificados e correlacionados com as respostas clínicas o diagnóstico é definido. A aplicação correta e a interpretação adequada na maioria das técnicas moleculares exigem que elas sejam executadas através de métodos padronizados estabelecidos no laboratório.

Observou-se no presente artigo a importância do conhecimento das mutações genéticas responsáveis pela intolerância à lactose, e mais ainda o profissional farmacêutico deve estar preparado para poder realizar a interpretação de um resultado genético.

A investigação genética da intolerância à lactose é um teste recente e tem crescente potencial de uso, estabelece o diagnóstico com mais conforto e praticidade, adota uma forma simples e pouco agressiva, comparado ao demais teste para detecção de intolerância à lactose. Além disso, o diagnóstico molecular é preciso e conclusivo, e no caso da intolerância à lactose deve ser bastante difundida principalmente na pediatria, pois nos casos de doenças primárias as crianças já apresentam os sinais clínicos que podem ser confundidos com outras patologias.

Importante ressaltar que o teste genético revisado neste estudo deve ser utilizado primordialmente para investigação de hipolactasia primária, onde ocorre uma

diminuição gradativa da atividade da lactase. Para investigação molecular congênita, sugere-se sequenciamento completo do gene LCT.

Referências

- BARBOSA, Cristiane Rickli. Intolerância à Lactose e suas Consequências no Metabolismo do Cálcio. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, Paraná, v. 4, n. 1, 2011.
- BEM, Juraci Filgueiras et al. Comparação entre métodos de diagnósticos tradicionais com o teste genético para detecção de intolerância a lactose. **Saúde em Foco** Edição nº6, São Paulo, p.87-92, maio 2013.
- BINSFELD, Bruna de Lima et al. Conhecimento da rotulagem de produtos industrializados por familiares de pacientes com alergia a leite de vaca. **Revista Paul Pediatra**, São Paulo, p.1-7, 2009.
- BROWN, T.a.. **Genética: Um enfoque molecular**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.a, 1999. 336 p.
- BULHÕES et al. Análise molecular do gene da lactase-florizina hidrolase em indivíduos tolerantes e intolerantes à lactose. **Repositorio Digital**, Rio Grande do Sul, 2006.
- CUNHA, Magda Elisa Turini da et al. Intolerância à Lactose e Alternativas Tecnológicas. **Journal Of Health Sciences**, Paraná, v. 10, n. 2, 2008.
- DUARTE, Aline Loureiro Chaves et al. Esquemas Desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008.
- FAEDO, Rubens et al. Obtenção de leite com baixo teor de lactose por processos de separação por membranas associados à hidrólise enzimática. **Revista Ciatic – Upf**, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p.44-54, 2013.
- FERNANDES, Tadeu Fernando. Intolerância a lactose. Rbm **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 72, n. 6, p.267-270, jun. 2015.
- FRIEDRICH, Deise Cristine; HUTZ, Dr. Mara Helena. **A diversidade do gene Lct e a persistência da lactase na população brasileira**. 2013. 106 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós Graduação em Genética e Biologia Molecular da Ufrgs, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2013. Cap. 1.
- GASPARIN, Fabiana Silva Rodrigues et al. Alergia à Proteína do Leite de Vaca Versus Intolerância à Lactose: As Diferenças e Semelhanças. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 1, p.1-8, 2010.

- HENRY, John Bernard. **Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais**. 20. ed. Baueri, Sp: Manole Ltda, 2008. 1734 p.
- JOAQUIM, Leyla Mariane et al. A genética em transformação: crise e revisão do conceito de gene. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2010.
- LIMA, Thiago Gomes. **Intolerância à lactose: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos**. 2012. 46 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012.
- MATTAR, Rejane et al. Intolerância à lactose: mudança de paradigmas com a biologia molecular. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 2, 2010
- MATTAR, Rejane et al. LCT-22018G. A single nucleotide polymorphism is a better predictor of adult-type hypolactasia/lactase persistence in Japanese-Brazilians than LCT-13910C.T. **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Usp**, São Paulo, 2010.
- MOREIRA, Walter. **Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção**. p.21-29, 2004.
- NEVES, José Luís. Pesquisa qualitativa-características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa e Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.
- OLIVEIRA, Maricê Nogueira de. Aspectos tecnológicos de alimentos funcionais contendo probióticos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 1, 2002.
- PALACIOS¹, Renata et al. O gene da intolerância à lactose. **Genética na Escola**, v. 9, n. 2, p.149-153, 2014.
- PEREIRA FILHO, Prevalência de intolerantes á lactose em função da faixa etária e do sexo: experiência do Laboratório Dona Francisca, Joinville (SC). **Saúde e Ambiente**, Joinville, v. 5, n. 1 jun. 20,04.
- PEREIRA, Mônica Cecília Santana et al. Lácteos com baixo teor de lactose: uma necessidade para portadores de má digestão da lactose e um nicho de mercado. **Revista do Instituto de Laticínios Candido Tostes**, Juiz de Fora, Minas Gerais, v. 67, n. 389, p.1-57, 2012.
- PINTO, Luiza Pouzas Straessli et al. O uso de probióticos para o tratamento do quadro de intolerância à lactose. **Revista Científica e Inovação**, Campinas, v. 2, n. 1, 2015.
- RODRIGUES, Prof. William Costa. **Metodologia Científica**. Faetec/ist, Paracambi, p.1-20, 2007.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia científica**. Paracambi: Visual, 2007. 20 slides, color.

SÁ, Priscila Thays Moreira de et al. Aspectos Etiológicos da Hipolactasia. **Revista Uningá Review**, Maringá, Paraná, v. 20, n. 2,dez. 2014.

SANTOS, Karol Willian de Paula et al. Análise da prevalência de portadores de intolerância à lactose por exames laboratoriais em Maringá-pr. **Revista Uningá**, Paraná, v. 45, p.11-15, 2015.

STEFE, Camila de Araujo et al. Probióticos, Prebióticos e Simbóticos. Saúde e Ambiente, **Duque de Caxias**, v. 3, n. 1, 2008.

TEO, Carla Rosana Paz Arruda. Intolerância à lactose: uma breve revisão para o cuidado nutricional. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Toledo Paraná, v. 6, n. 3, p.135-140, dez. 2002.

TUMAS, Rosana; CARDOSO, Ary Lopes. Como conceituar, diagnosticar e tratar à intolerância a lactose. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, p.13-20, mar. 2010

VARAVALLO, Maurilio Antonio et al. Aplicação de bactérias probióticas para profilaxia e tratamento de doenças gastrointestinais. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina-pr, v. 29, n. 1, p.1-57, 2008.

WILL, Andrea Regina. **Convivendo em família com uma criança com a intolerância a lactose**. 2007. 84 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007. Cap. 5.

WORTMANN, André Castagna et al. Análise molecular da hipolactasia primária do tipo adulto: uma nova visão do diagnóstico de um problema antigo e frequente. **Revista da Amrigns**, Porto Alegre, Porto Alegre - RS

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES COM A DOENÇA DE PARKINSON: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

Alexandre João Martins Neto¹; Kethelyn Francelino¹; Ivan Citadin Luciano¹; Eduardo Zanata Medeiros¹; Adalberto Alves de Castro¹

¹Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde (NEAS). Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. neas@unibave.net.

Resumo: A Doença de Parkinson (DP), é definida como uma doença degenerativa primária localizada na substância negra compacta no cérebro, onde é sintetizada a dopamina. Apesar de vários avanços relacionados ao tratamento da DP, sua cura ainda não foi encontrada, portanto todos os tratamentos existentes visam o controle dos sintomas com o objetivo de manter o portador com o máximo de autonomia e independência funcional possível, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida. Atualmente existem vários tipos de tratamentos que são indicados no caso de diagnóstico dessa patologia, sendo assim esse trabalho teve como enfoque o tratamento farmacológico com o uso de Levodopa, e avaliar as suas principais interações medicamentosas com os demais fármacos disponíveis no mercado.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Tratamento. Levodopa. Interações Medicamentosas.

Introdução

A doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez por James Parkinson em 1817 e foi denominada como paralisia agitante (*shaking palsy*) (DORETO, 1998). É definida como uma patologia degenerativa primária, localizada na substância negra compacta, onde é sintetizada a dopamina; possui evolução crônica e progressiva sendo composta por vários sinais e sintomas basicamente relacionados a desordens motoras. A DP também pode ser secundária a outras doenças neurológicas, como por exemplo, encefalite letárgica ou doença de Alzheimer, nesses casos recebe o nome de Síndrome de Parkinson (STOKES, 2000).

Esta doença está associada à degeneração dos neurônios responsáveis pela produção de dopamina, que tem seus corpos celulares na substância negra compacta e enviam seus axônios para os núcleos da base. A perda de células da substância negra é mais prevalente no grupo celular ventral e a perda de neurônios que contêm melanina produz alterações características de despigmentação. À medida que a

doença progride e os neurônios se degeneram, eles desenvolvem corpos citoplasmáticos inclusos, os corpos de Lewis (O'SULLIVAN; SHIMITZ, 1993).

O início da DP costuma ser insidioso, e dificilmente o portador identifica o momento exato em que notou alguma mudança em si; geralmente parentes ou pessoas próximas que percebem alterações sutis (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2007). A DP é composta por vários sinais e sintomas, basicamente relacionados a desordens da motricidade e possui uma tríade clínica característica composta por tremor, bradicinesia e rigidez, causadas pela deficiência de dopamina (PORTO, 2001). Associado a estes sintomas, frequentemente ocorrem alterações posturais e instabilidade postural.

Para que os sinais clínicos da doença se tornem evidentes é necessário que haja perda de aproximadamente 80% dos neurônios dopaminérgicos na região da substância negra e o mesmo grau de depleção de dopamina no corpo estriado (NATIONAL PARKINSON FOUNDATION, 2008). O diagnóstico é essencialmente clínico, não havendo teste específico que confirme a presença da doença, e é definido em pacientes com parkinsonismo progressivo na ausência de etiologia conhecida, associado à resposta positiva após introdução da Levodopa (HOEHN; YAHR, 1967).

Vários tipos de tratamento são indicados no caso da DP entre eles estão os farmacológicos, fisioterapêuticos, cirúrgicos, entre outros. O tratamento farmacológico é indicação obrigatória. E possui como objetivo principal o controle dos sintomas relacionados à doença, consistindo basicamente na reposição da dopamina. Já a abordagem cirúrgica vem sendo empregada há muito tempo, muito antes da introdução de medicação dopaminérgica. Diversas abordagens cirúrgicas têm sido utilizadas na tentativa de minimizar os sintomas relacionados à DP (SANFELICE, 2004).

Interações medicamentosas são respostas farmacológicas em que os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pela administração simultânea ou anterior de outros, ou através da administração concorrente com alimentos (FONSECA, 1994). Os medicamentos podem interagir durante o preparo; no momento da absorção, distribuição, metabolização, eliminação ou na ligação ao receptor farmacológico. Desta forma, os mecanismos envolvidos no processo interativo são classificados de acordo com o tipo predominante de fase farmacológica em que ocorrem, farmacêutica, farmacocinética e farmacodinâmica (OGA; BASILE, 1994).

As respostas decorrentes da interação podem acarretar potencialização do efeito terapêutico, redução da eficácia, aparecimento de reações adversas com distintos graus de gravidade ou ainda, não causar nenhuma modificação no efeito desejado do medicamento (THOMPSON, 1979). A partir dessas informações, foi realizada uma busca sobre as possíveis interações do medicamento Levodopa, e ficou esclarecido que o medicamento, quando administrado junto com fármacos hipertensivos, pode levar à hipotensão postural sintomática, e quando seu uso é associado a antidepressivos inibidores da monoamina oxidase há relatos de aparecimento de hipertensão arterial e discinesia. Alguns estudos ainda demonstraram uma diminuição na biodisponibilidade de Levodopa quando esta é ingerida com sulfato de ferro ou gliconato de ferro, e a associação a outros medicamentos, como os agonistas do receptor D2 da dopamina, pode reduzir o efeito terapêutico da levodopa (PORTO, 2011).

Sabendo-se disso, o presente artigo teve como objetivo identificar os principais medicamentos utilizados pelos pacientes diagnosticados com a Doença de Parkinson em uma cidade do Sul de Santa Catarina, além de avaliar possíveis interações medicamentosas que esses medicamentos apresentam, a partir de uma revisão bibliográfica.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo é uma pesquisa descritiva, associada à pesquisa bibliográfica sendo analisada de forma quantitativa (GIL, 1999). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNIBAVE pelo número nº 1.166.033/15, e seguiu os preceitos assegurada pela Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Realizou-se uma amostragem por acessibilidade, onde os pesquisadores selecionaram os participantes seguindo alguns critérios de inclusão e exclusão. Os participantes deveriam estar cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) do município pesquisado, onde os mesmos recebem mensalmente para o tratamento da DP os seus medicamentos. Foram excluídos da pesquisa, aqueles participantes que não aceitaram participar do estudo, além dos que não eram usuários cadastrados pelo SUS.

As visitas nas residências dos participantes foram agendadas com uma semana de antecedência através de contato telefônico estabelecido previamente. Os

dados foram adquiridos através de questionário contendo perguntas abertas e fechadas que foram realizadas pelos pesquisadores. As respostas eram concedidas pelos próprios participantes e familiares, ou ainda seus cuidadores no momento da visita.

Resultados e Discussão

Os participantes do presente estudo foram 7 pacientes diagnosticados com a doença de Parkinson, onde 43% desses pacientes eram homens e 57% eram mulheres, que apresentaram uma média de idade entre 61 e 83 anos, respectivamente. Apenas 2 não aceitaram participar da pesquisa, ou não foram encontrados a partir de contato telefônico. Em relação à média de idade, todos os participantes são considerados idosos e consomem mais que um medicamento por dia, apresentando assim grandes chances de desenvolver interações medicamentosas no decorrer de suas vidas.

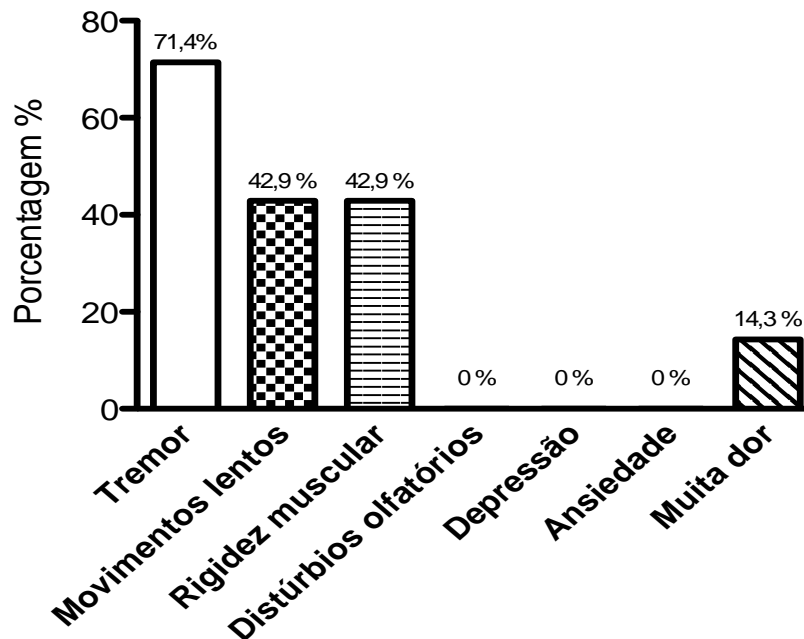
O gráfico 1 demonstra que grande parte dos participantes (71,4%) relataram como sintomas iniciais percebidos na DP o tremor, seguido de sintomas como movimentos lentos (42,9%) e rigidez muscular (49,2%) sendo que cada paciente apresentou mais de um sintoma inicial, dos sete (7) pacientes nenhum relatou sintomas de distúrbios olfatórios, depressão e ansiedade. Geralmente, o sintoma inicial é tremor ao repouso ou escrita diminuída (micrografia). Com o tempo, a rigidez e a bradicinesia são notadas e começam a ocorrer alterações posturais (UMPHRED, 2004).

O conjunto de sinais e sintomas da DP surge de maneira progressiva, sendo muitas vezes atribuídos ao próprio processo de envelhecimento (NATIONAL PARKINSON FOUNDATION, 2011). Atualmente, a DP encontra-se no patamar das doenças neurológicas degenerativas com maior impacto negativo na funcionalidade, especialmente nas Atividades de Vida Diária (AVD's), podendo resultar em diminuição da participação social e qualidade de vida dos portadores (MORRIS, 2000).

Indivíduos com DP muitas vezes tem suas atividades básicas, consideradas de rotina, alteradas. As AVD's, antes realizadas com rapidez e desembaraço, passam a ser realizadas vagarosamente e com muito esforço, levando mais tempo para desempenhar as atividades cotidianas como higiene, vestuário, alimentação e muitas vezes precisam aprender novas estratégias para realizá-las. Apesar da maioria dos sintomas serem de ordem motora, manifestações de ordem não motora também

podem ocorrer, dentre elas: comprometimento da memória, depressão, distúrbios do sono e alterações no sistema nervoso autônomo (LODOVICI, 2006).

Gráfico 1 - Sintomas iniciais relatados pelos participantes da pesquisa



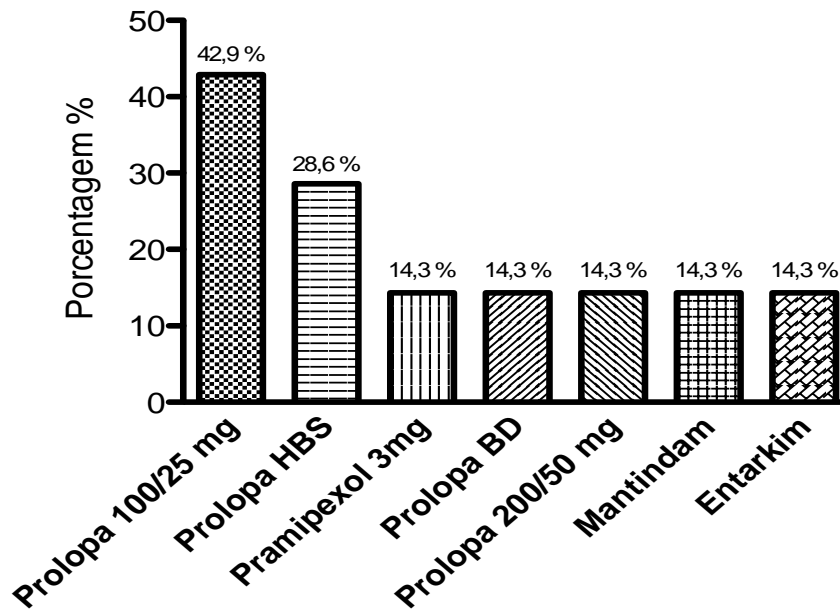
Fonte: Autores (2017).

Após avaliação de dados dos medicamentos mais utilizadas pela amostra do estudo, ficou comprovado que o Prolopa® (Levodopa + Cloridrato de Benserazida) - 100/25 mg (42,9%) e o Prolopa HBS® (Levodopa + Cloridrato de Benserazida) - 100/25 mg (28,6%) são os medicamentos mais prescritos pelos médicos no tratamento da doença de Parkinson no município do Sul de Santa Catarina conforme descrito no Gráfico 2.

O tratamento farmacológico é indicação obrigatória e visa o controle dos sintomas, pois nenhuma abordagem farmacológica impede completamente a progressão da doença. Este tratamento visa principalmente à reposição da dopamina (SANFELICE, 2004). Na década de 1960, introduziu-se a Levodopa no mercado farmacêutico, havendo uma grande expectativa no âmbito da medicina em virtude da oportunidade de um controle efetivo da DP (SANFELICE, 2004). Porém, com o passar dos anos, observou-se que a eficácia desse medicamento não era a esperada e que

seu uso prolongado acarretava em outras complicações (RUBINSTEIN; GILADI, 2002).

Gráfico 2 - Medicamentos mais utilizados no tratamento da Doença de Parkinson



Fonte: Autores (2017).

Embora o reconhecimento da eficácia de Levodopa tenha levado vários anos de investigação, o medicamento acabou sendo aceito, sendo o preferido para o tratamento da doença de Parkinson. Enquanto a droga é mais eficaz para o alívio dos sinais motores e sintomas desse distúrbio, a Levodopa também pode servir para confirmar o diagnóstico de mal de Parkinson. Após a ingestão oral de uma dose de Levodopa entre 15 a 30 minutos, um paciente pode recuperar a deficiência anterior da fala, destreza e movimentos (PETER, 2008).

O tratamento de um paciente com doença de Parkinson durante o início e o ajuste da dose de levodopa requer acompanhamento regular para avaliar a resposta à terapia. Devido à complexa farmacologia do levodopa e dos medicamentos frequentemente utilizados com ele, a maioria dos especialistas faz mudanças graduais na medicação durante semanas. Para médicos de cuidados primários que estão seguindo pacientes com doença de Parkinson, uma revisão das respostas

farmacológicas por um neurologista é aconselhável em intervalos de 6 a 12 meses (PETER, 2008).

Sabe-se que o uso prolongado da levodopa acarreta flutuações do rendimento motor e também a discinesia. Esta pode aparecer alguns meses após o início do tratamento e manifesta-se através de movimentos coreicos ou atetóides (SANVITO; VILLARES, 1986 apud SANFELICE, 2004) Estudos demonstram que cerca da metade dos pacientes em tratamento com este medicamento, após cinco anos poderão apresentar estas complicações e essa proporção aumenta à medida que a doença evolui (BALLALAI; BORGES, 2002).

Sulfato ferroso reduz a concentração plasmática máxima e a área sob a curva de levodopa em 30 a 50%. As alterações farmacocinéticas observadas durante a coadministração de sulfato ferroso parecem ser clinicamente significantes em alguns, mas não em todos os pacientes. A metoclopramida aumenta a taxa de absorção de levodopa. A domperidona pode aumentar a biodisponibilidade da levodopa através da estimulação do esvaziamento gástrico (BULARIO ANVISA, 2013).

Efeitos periféricos também podem ocorrer com a administração do levodopa, e se traduzem por manifestações gastrointestinais como náuseas e vômitos e também cardiovasculares, por exemplo, hipotensão postural e arritmias, esses efeitos podem ser minimizados com uso de um inibidor da descarboxilase (BULARIO ANVISA, 2013).

Embora o Levodopa possua inúmeros benefícios no tratamento de Parkinson, esse medicamento em associação a outros fármacos pode diminuir o seu efeito, ou até mesmo iniciar um processo de interação medicamentosa. O quadro 1, elaborado a partir da utilização do software MICROMEDEX[®], identificou possíveis interações do princípio ativo Levodopa com os demais fármacos presentes na farmacopeia mundial. Alguns medicamentos ou substâncias não são conhecidos e utilizados no Brasil, porém estão mantidos no quadro.

Quadro 1 – Medicamentos contraindicados quando em uso concomitante ao Prolopa® (Levodopa + Cloridrato de Benserazida).

MEDICAMENTOS	GRAVIDADE	POSSÍVEIS INTERAÇÕES
CARBIDOPA/LEVODOPA + LINEZOLIDA	Contraindicado	O uso concomitante de CARBIDOPA / LEVODOPA e LINEZOLID pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + IPRONIAZIDA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e IPRONIAZID pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + MOCLOBEMIDA	Contraindicado	O uso concomitante de CARBIDOPA / LEVODOPA e MOCLOBEMIDE pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + NIALAMIDA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e NIALAMIDE pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + PROCARBAZINA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e PROCARBAZINE pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + TRANILOIPROMINA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e TRANILCYPRIMINE pode resultar em crise hipertensiva
CARBIDOPA/LEVODOPA + AZUL DE METILENO	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e METHYLENE BLUE pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + FENELZINA	Contraindicado	O uso concomitante de CARBIDOPA / LEVODOPA e PHENELZINE pode resultar em crise hipertensiva.
LEVODOPA + PARGILINA	Contraindicado	O uso simultâneo de LEVODOPA e PARGYLINE pode resultar em resposta hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + FURAZOLIDONA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e FURAZOLIDONE pode resultar em crise hipertensiva.
CARBIDOPA/LEVODOPA + ISOCARBOXAZIDA	Contraindicado	O uso simultâneo de CARBIDOPA / LEVODOPA e ISOCARBOXAZID pode resultar em crise hipertensiva.
LEVODOPA + TOLOXATONA	Contraindicado	O uso simultâneo de LEVODOPA e TOLOXATONE pode resultar em hipertensão.
LEVODOPA + AMISSULPRIDA	Contraindicado	O uso concomitante de AMISULPRIDE e LEVODOPA pode resultar em diminuição da eficácia da levodopa.
LEVODOPA + CLORGILINA	Contraindicado	O uso simultâneo de CLORGYLINE e LEVODOPA pode resultar em hipertensão.

Fonte: Autores adaptado de Micromedex® (2017).

Para a comprovação de tais resultados obtidos através do software MICROMEDEX, foi realizada uma pesquisa na literatura, especialmente no livro “Interação Medicamentosa” de Porto (2014). A partir da leitura do livro observamos que os medicamentos citados pelo autor, correlacionavam-se com os do software, mostrando as possíveis interações entre os fármacos e o Levodopa.

A Levodopa atravessa facilmente barreira hematoencefálica e no Sistema Nervoso Central (SNC) é convertida em dopamina pela ação enzimática da dopa-descarboxilase. A associação de fármacos ou substâncias que inibem a ação desta enzima favorece ainda mais os efeitos da Levodopa. A eficácia da Levodopa no tratamento do tremor, bradicinesia e rigidez pode atingir uma melhora de até 80%. Não existem contraindicações absolutas ao tratamento com o levodopa, devendo ser evitado em pacientes com antecedentes psicóticos e deve-se ter um cuidado especial em cardiopatas e portadores de glaucoma (SANFELICE, 2004).

Segundo Peter (2008), efeitos periféricos também podem ocorrer como reações adversas com a administração do Levodopa, e se traduzem por manifestações gastrointestinais como náuseas e vômitos e também cardiovasculares, por exemplo, hipotensão postural e arritmias, esses efeitos podem ser minimizados com uso de um inibidor da descarboxilase.

Levodopa é compatível com a maioria dos medicamentos, com poucas interações medicamentosas. Os suplementos de ferro podem diminuir a absorção de levodopa e devem ser tomados pelo menos duas horas antes ou após a administração de Levodopa. A piridoxina (vitamina B6) pode aumentar o metabolismo da levodopa quando administrados em associação, mas não influencia o metabolismo do fármaco quando é administrado com um inibidor de L-aminoácido Aromático Ácidodescarboxilase (AAAD) (PETER, 2008).

Considerações Finais

O presente estudo demonstrou que o medicamento mais utilizado para a Doença de Parkinson foi o Prolopa® (Levodopa + Cloridrato de Benserazida), embora esse fármaco seja o mais eficiente para a tal doença ele pode trazer riscos aos pacientes quando administrado com outros medicamentos.

A partir da literatura, observou-se que as principais consequências das interações da Levodopa com outros medicamentos foram crises ou reações hipertensivas, comprometendo o paciente em possíveis alterações cardíacas ou de problemas circulatórios em geral. Vale ressaltar ainda que muitas vezes o fármaco tem sua eficácia diminuída ou alterada com o uso concomitante de outras medicações, fazendo com que o efeito esperado não obtenha melhoras significativas, se tornando assim ineficaz.

Além disso, percebemos que a utilização do software MICROMEDEX® é uma ferramenta importante no auxílio das futuras pesquisas sobre interações medicamentosas. Os resultados obtidos através dessa pesquisa, são importantes para os participantes, cuidadores, familiares, profissionais da área da saúde entre outros, pois auxiliam na compreensão e na minimização de possíveis interações medicamentosas, garantindo uma melhor eficácia no tratamento da DP e demais doenças correlacionadas.

Com esse estudo será possível elaborar uma futura estratégia de prevenção de interações medicamentosas, utilizando medidas preventivas ou paliativas para melhora da qualidade de vida, principalmente dos pacientes diagnosticados com a DP.

Referências

BALLALAI, F. H.; BORGES, V. Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, p. 207-219, 2002. Disponível em: <<http://www.moreirajr.com.br/revista.asp>>. Acesso em 28 jul 2017.

DORETTO, D. **Fisioterapia clínica do sistema nervoso: fundamentos da semiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

FERRAZ, B. F.; BORGES, V. Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, p. 207-219, 2002.

FONSECA, A.L. **Interações medicamentosas**. Rio de Janeiro: EPUC, 1994.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da Doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 62-8, 2007.

HOEHN, M. M.; YAHR, M. D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. **Neurology**, v.17, p.427-442, 1967.

LEWITT, Peter A.. Levodopa for the Treatment of Parkinson's Disease. **The New England Journal Of Medicine**. Massachusetts, p. 2468-2476, dez. 2008.

NATIONAL PARKINSON FOUNDATION. **Parkinson's disease**. Disponível em: <<http://www.parkinson.org>> Acesso em 28 de julho de 2017.

OGA, S.; BASILE, AC. **Medicamentos e suas interações**. São Paulo: Atheneu, 1994.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1993.

PORTO, C.C; JACOMINI, Luiza Cristina Lacerda; SILVA, Tania Maria da. **Interação Medicamentosa**. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. 784 p.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SANFELICE, E. A. Moléstia de Parkinson. **Fisioterapia em movimento**. Curitiba, v.17, n.1, p. 11-24, jan./mar. 2004.

STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Ed. Premier, 2000.

THOMPSON, JH. Interação de drogas. In: BEVAN, JA. **Fundamentos de farmacologia**. São Paulo, Harper e Row do Brasil, 1979. Cap.4, p.24-9.

MÃES DE FILHOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: SENTIMENTOS E INTERFERÊNCIAS NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.

Jaquecele da Cruz Silva¹; Pollyana Feldhaus Schlickmann¹

¹ Curso de Psicologia - Centro Universitário Barriga Verde. E-mail: pollyana_sl@hotmail.com

Resumo: A maternidade de filhos com deficiência intelectual está impregnada de questões de ordem psicológica e cercada por mudanças significativas. O presente artigo teve como principal objetivo conhecer os sentimentos advindos da maternidade de um filho com deficiência intelectual e sua interferência no planejamento familiar. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada, com uma população de sete mães de alunos que frequentam a APAE. A análise de conteúdos relatados revelou que a maternidade de um filho com deficiência intelectual é permeada de sentimentos como medo, inadequação e desespero. Além disso, foi verificado que as mães consomem grande parte do seu tempo dedicando-se aos cuidados do filho com deficiência intelectual e que a chegada desse filho impactou no planejamento familiar.

Palavras-chave: Maternidade. Deficiência intelectual. Sentimentos. Planejamento familiar.

Introdução

A maternidade, assim como a paternidade, é um fato bastante significativo que ocorre na vida dos indivíduos. Na maioria das vezes acontecem relevantes modificações na vida desses novos pais e, de acordo com Eizirik (2001), os mesmos descobrem uma realidade incomum, tendo que se adaptar a essa nova situação, apropriando-se de um novo papel social.

Nessa perspectiva, segundo Paniagua (2004), a chegada de um filho é um episódio bastante importante na vida do ser humano e o elo de afeição entre pais e filhos é extremamente forte. Durante a espera do novo membro, o desejo dos pais é que o mesmo seja saudável e corresponda a todas as suas expectativas e fantasias. Quando o filho apresenta algum tipo de incapacidade, tudo se torna difícil. Ao saber da deficiência, surge a preocupação com o desenvolvimento dessa criança, seu presente e futuro.

De acordo com Silva e Dassen (2001), a concepção de uma criança com deficiência contraria as expectativas e provoca uma situação incomum na família,

pois, muitas vezes, projetos futuros são renunciados e os vínculos familiares tornam-se diferenciados. A estrutura familiar percorre por processos na busca de aceitação e estabelecimento de um ambiente familiar favorável para inclusão e desenvolvimento dessa criança. Buscaglia (1997) ainda ressalta que posteriormente ao impacto inicial, a presença de um membro com deficiência, demanda que a família se reorganize para suprir as necessidades incomuns e que esse processo pode ser duradouro, alterando o modo de vida da família, seus princípios e atribuições.

As novas funções atribuídas, com o passar do tempo, exigem dos pais um grande esforço pessoal para lidar com as limitações e com os preconceitos que envolvem este processo. Para que se entenda tal situação, torna-se importante, ressaltar a dinâmica da sociedade atual, que elabora critérios daquilo que considera normal e discrimina o que não se encaixa no seu modelo padrão. Segundo Prado (2004), a falta de entendimento tornou o preconceito um ato banalizado e seu vestígio é encontrado em todos os lugares, desde os meios de transporte até os locais de ensino, havendo assim uma propensão para que pessoas com deficiência sejam percebidas somente por suas limitações, sendo julgadas como inferiores socialmente, não só fisicamente, mas também intelectualmente.

Tendo em vista as dificuldades encontradas e os desafios a serem vencidos frente à temática Deficiência, o presente estudo teve como objetivo geral conhecer os sentimentos advindos da maternidade de um filho com deficiência intelectual e sua interferência no planejamento familiar. Como objetivos específicos: identificar quais os sentimentos advindos da maternidade de filhos com deficiência intelectual; verificar se houve interferência no planejamento familiar após o nascimento de uma criança com deficiência intelectual; e descrever como as mães se relacionam com os filhos que não apresentam a deficiência intelectual. Esta pesquisa possui relevância por fomentar a reflexão e discussão acerca das vivências maternas, quando esta envolve a concepção de um filho com deficiência.

Procedimentos Metodológicos

Com o objetivo de conhecer os sentimentos advindos da maternidade de um filho com deficiência intelectual e sua interferência no planejamento familiar, este trabalho seguiu o delineamento de uma pesquisa de campo. É de natureza exploratória e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada e a população foi composta pelas mães de alunos com deficiência

intelectual que frequentam o clube de mães da escola de educação especial – APAE. De acordo com Boni e Quaresma (2005) as entrevistas semiestruturadas conciliam perguntas abertas e fechadas e o informador tem a oportunidade de transcorrer sobre o tema apresentado, seguindo as questões antes definidas sobre o tema oferecido.

O presente estudo foi norteado pelas determinações éticas previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetido e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, CAAE 59077416.7.0000.5598. Durante a pesquisa foram apresentados, para efeitos de garantia da ética, os seguintes documentos: carta de apresentação do acadêmico pesquisador, declaração de ciência e concordância das Instituições envolvidas e o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi devidamente assinado pela população entrevistada.

Resultados e Discussão

Para a análise da pesquisa foram utilizados recortes das entrevistas realizadas com as mães e os nomes utilizados para transcrever as repostas são fictícios.

Pode-se verificar que as entrevistadas possuem de 35 a 65 anos de idade, sendo seis delas casadas e uma viúva. O nível de escolaridade varia de ensino fundamental incompleto a ensino médio completo. A quantidade de filhos varia entre dois e quatro filhos. Todas as mães entrevistadas possuem apenas um filho com deficiência intelectual e apenas uma delas teve outro filho após o nascimento do filho com deficiência.

A pesquisa possibilitou organizar categorias de análise com o conteúdo coletado no agrupamento das questões. As categorias de análise organizadas são: Maternidade e seus anseios: sentimentos envoltos na descoberta da deficiência intelectual, implicações no planejamento familiar; relacionamento com os outros filhos.

A gestação é uma fase responsável por alterações significativas na vida da mulher, tanto internas quanto externas e, misturado a esses sentimentos está também a idealização do bebê esperado (CAMACHO; et al, 2010). O acompanhamento médico, neste período, é um procedimento normal para certificar-se do desenvolvimento do feto e identificar possíveis alterações.

No contexto da pesquisa, todas as entrevistadas relataram que, durante o período gestacional e no acompanhamento médico do pré-natal, não tiveram qualquer tipo de informação sobre a possibilidade de seus filhos apresentarem alguma deficiência. Estas mães carregavam a expectativa de uma criança completamente

saudável e, ao tomarem conhecimento da deficiência do filho, viram-se diante de uma situação bastante difícil. De acordo com Batista e França (2007, p. 119), neste momento “ocorre um choque frente ao inesperado, o qual suscita dúvidas quanto a um futuro imprevisível”.

Ao falar sobre os sentimentos que envolveram o momento da descoberta da deficiência, as mães mostraram um misto de medo, não aceitação e, ainda, desespero. Segundo Lunardi, Círico e Coldebella (2011), sofrimento, tristeza, choque, negação, são alguns sentimentos manifestados pelas mães até o momento em que se veem preparadas para dar suporte e apoio necessário para o desenvolvimento dessa criança com deficiência intelectual.

Alguns desses sentimentos ficaram explícitos nos relatos das mães. Exemplo disso pode ser destacado na fala de uma das mães, Roberta: *Eu fiquei com medo que ele morresse, foi muito triste... (Sic)*. Ou ainda na resposta dada pela mãe Ana: *“Foi um baque, pois ele disse que tinha algo... Que ele tinha alguma deficiência. Meu mundo caiu. Foi um baque” (Sic)*. Segundo Welter et al (2008, p. 107) “é muito frequente a mãe não acreditar no médico ou na pessoa que lhe dá a notícia de que seu filho possui alguma deficiência. Há um desejo intrínseco de não acreditar no diagnóstico”.

Ao saber da deficiência do filho, é normal serem vivenciadas fases similares a de um luto real, pois existe a morte do filho perfeito e idealizado e este dá lugar a um filho com uma condição não imaginada pela mãe. A negação caracterizada pela não aceitação está presente nessa etapa, conforme relato da mãe Maria: *“No começo a gente não aceita, não consegue acreditar. Com o tempo você vai aceitando, vai atrás de tratamento para ter uma vida normal” (Sic)*.

Segundo Paniagua (2008), neste momento os pais questionam o resultado do diagnóstico, buscando por outros, ignorando que existe algum problema. A recusa em aceitar os fatos é evidente. Ainda de acordo com Oliveira et al. (2004), esse sentimento de negação vivido perante a deficiência da criança representa uma maneira de ir em busca da cura e rejeitar a deficiência.

Sentimentos de medo e desespero são expressos nas falas das entrevistadas. Paula: *“Foi muito horrível... Meu coração doía de tantos porquês” (Sic)*. Cris: *“Senti desespero, chorei muito”... (Sic)*. Segundo Buscaglia (2002), o sentimento de medo e desespero está associado ao fato de que a mãe raramente está emocionalmente preparada para este tipo de vivência, sentindo-se insegura e incapaz de encarar a

realidade diante de alguns impedimentos os quais seu filho poderá enfrentar nos processos do seu desenvolvimento. O medo perante o desconhecido fica claro na fala de Rita, quando a mesma afirma que o desconhecido causou impacto. Segundo ela: *“A gente fica sem chão porque a gente nunca conviveu, não teve nenhum caso desses na família...”* (Sic). Para Buscaglia (2002), é normal temer o desconhecido por não entender o que se passa. Na situação que envolve o filho com deficiência o temor pelo que reserva o futuro é ainda mais pertinente.

Outra resposta de uma mãe entrevistada: *“não tive tempo para perceber meu sentimento. Eu não tinha noção. Hoje eu sinto mais do que naquela época porque não era visível. Ele era normal”* (Joana). Essa afirmação sobre não perceber o sentimento no momento em que toma conhecimento da deficiência do filho também foi encontrada no estudo de Brunhara e Petean (1999), onde estes trouxeram respostas sobre conflitos das mães em relação ao que estavam sentindo, uma vez que encaravam um fato inesperado e com o qual tinham que lidar. De acordo com os autores, esse momento gera um sentimento de dúvida sob as mais variadas formas, no qual tudo parece extremamente difícil.

Para Batista e França (2007) após ultrapassar esses momentos é chegada a fase de adaptação e aceitação, momento em que se superou a perda da criança perfeita e buscaram-se formas de se moldar ao atual momento vivido, buscando entender melhor o diagnóstico e estabelecendo um vínculo emocional, percebendo que alguns sentimentos devem ser enfrentados naturalmente. Isso pode ser visto na resposta de Ana, quando respondeu que após a notícia da deficiência do filho e o primeiro momento de medo, precisou se reerguer e pensar que tinha que ir à procura de melhor qualidade de vida pro seu filho. *“Fui atrás dos tratamentos, matriculei na APAE, vesti a camisa e tentei ajudar da melhor forma. Quem precisa ajuda é ele. Não sou eu. Fazer ele melhor viver na sociedade”* (Sic).

A notícia de que terá um filho com alguma deficiência exige que a família, principalmente os pais, reorganize os seus próprios sonhos e planos, pois a vida de cada um de seus membros sofre modificações. A família passa por um processo de mudanças e superações até que aceite essa criança com deficiência. Mesmo depois do impacto inicial, a presença desse bebê exige que a família se adapte para atender as suas necessidades (FEBRA, 2009).

Referente à questão do trabalho, seis entrevistadas responderam que não trabalhavam fora e uma respondeu que exercia uma atividade profissional, mas que

se desligou do trabalho em razão da chegada do filho com deficiência intelectual. Segundo Lunardi, Círico e Coldebella (2011), no passado a mulher era a única responsável pelo cuidado do lar e dos filhos. Com o passar do tempo conquistou espaço no mercado de trabalho e, mesmo inserida nesse novo contexto, ainda hoje é ela quem geralmente acaba tomando essa atribuição no seu cotidiano.

A pesquisa mostrou que a maioria das mães entrevistadas teve a sua rotina modificada em razão da chegada do filho com deficiência. A concepção de um novo membro acarreta alterações no cotidiano familiar e esta mudança se dá principalmente com a figura materna, por ser, culturalmente, a principal responsável pelos cuidados dos filhos e a figura central da família (WELTER; et al, 2008). A fala da mãe Ana indica essa situação: *“Minha função hoje é bem maior. Eu tenho que acordar mais cedo para dar conta de todas as coisas enquanto ele dorme, porque depois que ele acorda é na função dele, pois ele é muito “agarrado” em mim...”* (Sic). De acordo com Souza e Boemer (2003), na atual sociedade é a matriarca quem está mais perto do filho. Desta maneira o encargo dos cuidados pode refletir um amplo comprometimento para ela.

Para Buscaglia (1997), geralmente, a mãe abdica de sua vida pessoal para o cuidado integral do seu filho. Isso fica notório nas seguintes falas: *“Depois que eu tive ele, acabou. Não fiz mais nada. No começo era só ele. Agora que eu consigo cuidar dele e da casa...”* (Maria) e; *“Não trabalhava fora, agora ficou mais difícil. Eu fico 24 horas cuidando dela e é só eu. Não tem mais ninguém”* (Joana). Para Ferreira (2009) essa função é capaz de ser um sobrepeso para a cuidadora. A mesma acaba se isolando do convívio social para tomar conta do filho com deficiência intelectual.

Esse afastamento do convívio social também pode incluir o afastamento de um trabalho formal, conforme pode se observar na fala de Roberta: *“Antes dele nascer eu trabalhava fora. Depois que eu tive ele e soube que ele precisaria de todo um cuidado especial, eu tive que largar o serviço. Eu sabia que não devia ser fácil, quando via outros. Mas estar dentro é diferente. É em função dele. Não tenho vida social. Não posso deixar ele com ninguém, com medo de acontecer algo.”* (sic).

A mãe vê-se diante da necessidade de deixar o trabalho para atender às demandas de cuidado do filho deficiente, e também devido à dificuldade inicial em lidar com os sentimentos e conflitos vividos. Sente-se incapaz de levar uma vida como tivera antes da chegada do filho e, assim, lança-se às exigências impostas pela

situação vivenciada na família e no cuidado dele (BARBOSA; CHAUD; GOMES, 2008).

Somente uma das entrevistadas, Paula, relatou não sofrer grandes mudanças em sua rotina, pois, segundo ela, *“Já não trabalhava, pois tinha os outros menores e o desenvolvimento dela foi normal. Só foi internada duas vezes”* (sic). Para Silva e Dassen (2004), há casos em que a demanda nos cuidados da pessoa com deficiência intelectual se torna menos impactante para a família, sendo justificada muitas vezes pelo nível de comprometimento da deficiência do indivíduo.

No que diz respeito à decisão sobre ter ou não outros filhos após o nascimento de um filho com deficiência, as respostas foram bem diversificadas. Das sete mães entrevistadas, duas relataram que não teriam outros filhos em razão do tempo e cuidados necessários ao filho com deficiência, e por medo de que outro filho também viesse a apresentar alguma deficiência.

Novamente fica notório na fala das depoentes o quanto o tempo envolvido nos cuidados da criança com deficiência intelectual reflete em todas as suas vivências, inclusive na decisão de não ter mais filhos. *“Não tive outros filhos... Meu medo não é da gravidez da criança ter alguma deficiência. Tenho medo de complicação do parto. Mas não teria outro. Não planejo em função do tempo. Ele me ocupa bastante tempo”* (Roberta). A fala de Joana também trouxe o receio por ter outro filho com algum tipo de deficiência. Este também mencionado por outras mães. *“Não teria mais filhos, porque eu teria medo de nascer com deficiência, não por mim, pela criança. Se eu tivesse outra criança eu não poderia ficar 24 horas como fico com ela”*. (Joana). E, segundo Maria: *“Não teria, já tenho três. Em função do problema dele também não teria. Depois disso tu não tem tempo...”* (sic)

Somente umas das mães, Rita, teve outro filho após o nascimento do filho com deficiência intelectual, porém a gravidez não foi planejada e a mãe relata que o temor pela hora do parto era constante. Segundo ela: *“Tive outro filho e essa gravidez foi mais atribulada, não pela gravidez, mas pelo medo do parto, mas foi planejado o parto. Se precisasse faria cesárea, até porque o problema na criança houve em decorrência do parto, então tomei todos os cuidados para que não ocorresse...”* (Rita). No estudo de Chacon (2011) realizado com pais de crianças com deficiência, oito participantes explicitaram medo de gerar outros filhos com as mesmas características da deficiência. Dois pais disseram não ter esse tipo de receio e dois pais alegaram medo por parte da esposa. Segundo este autor, o nascimento de um filho com deficiência

suscita uma série de receios em ambos os genitores e, dentre eles, pode ocorrer o medo de gerar outros filhos com deficiência, o que pode funcionar como uma espécie de bloqueio para novas concepções.

Conforme Miller (1995) a mãe é uma figura significativa que atua e proporciona o desenvolvimento. Sendo assim, a relação entre mães e filhos percorre várias etapas que resultam na autonomia da criança. De modo cultural, é dada mais importância à relação mãe e filho do que nas outras relações que a criança tem no seu convívio diário.

A respeito das relações das mães com os outros filhos que não apresentam deficiência intelectual pode-se perceber que algumas mães afirmaram não ter diferença no seu relacionamento com os outros filhos, enquanto outras relataram perceber diferença. Nas falas das participantes que relataram haver alguma diferença nas relações, a questão do tempo dedicado ao filho com deficiência foi bastante pontuada. Segundo *Roberta*: *“Afetou um pouco. Sempre explico que amo da mesma forma, mas que o irmão precisa de muito mais atenção, pois ele é uma criança especial e dependente, então necessita de mais cuidados. Mesmo que você explique, entender é diferente”* (sic). De acordo com outra mãe: *“Fiquei muito tempo no hospital com ela. Não tratei os dois iguais, por causa da deficiência dela. Ele sentiu a minha falta, mas eu não tive escolha. Eu tive que deixar ele um pouco de lado”* (Joana). Para Miller (1995), a mãe enfrenta conflitos com os demais filhos que se sentem desamparados e também necessitam de atenção. Mesmo esclarecendo detalhadamente sobre a deficiência do irmão, não minimizam o sentimento de afastamento, pois o que consideram é a falta real da mãe.

Em uma das respostas de outra mãe, ela afirma que: *“Minha relação com os dois não tem diferença. Eu trato os dois iguais eu amo os dois iguais. Não perco mais tempo com o mais novo porque o mais velho é “normal”. O mais velho precisa de mim tanto quanto o mais novo. Não trato o mais novo com diferença porque não tem deficiência. Se eu quero que ele viva em uma sociedade eu não posso em casa tratar ele diferente do irmão. Se não, nunca vou conseguir trazer isso para sociedade”* (Ana). Os irmãos, assim como os pais, sofrem o impacto do nascimento de uma criança com deficiência. Enquanto os pais elaboram a perda do filho idealizado, os irmãos precisam conviver com a frustração do sonho do irmão perfeito e com a realidade do irmão “diferente”, o que não vai partilhar suas experiências nem vai brincar como os outros. Seus sonhos e expectativas precisam ser refeitos, sentem-se desapontados,

enciunados e é provável que passem por fases semelhantes às dos pais em seu processo de compreensão e aceitação do irmão com deficiência. Terão de conviver com as questões sociais, com a dificuldade de compreenderem o diagnóstico, com a ambiguidade de seus sentimentos e com a diminuição da atenção dos pais (NUNES; SILVA; AIELLO, 2008; PETEAN; SUGUIHURA, 2005 *apud* SÁ; RABINOVICH, 2015).

No decorrer das entrevistas com as mães ficou visível que há uma ressignificação dos sentimentos por elas vivenciados, pois o impacto do desconhecido inicial deu lugar a um novo jeito de olhar e perceber cada situação. E isso ficou expresso nas seguintes respostas: *“... a gente valoriza cada dia que a gente acorda e vai dormir. Tu valoriza, olha o mundo de outra forma, nota muita coisa que antes não notava... Ele é um presente de Deus, a vida hoje, eu encarava que tudo era muito difícil, muitas vezes lamentava...Ele tem que lutar por etapas para aprender. Como a gente peca quando não tem alguém para demonstrar algo assim! Eu vejo o mundo bem diferente do que eu via antes...”* (Ana). Ou ainda: *“Aprendi muita coisa. Apesar dos problemas deles, eles são felizes. Nós somos perfeitos. Podemos fazer tudo. Eu reclamava muito... Ele veio para ensinar muitas coisas”*. (Roberta). O olhar diferenciado também é citado pela mãe Paula: *“Eu olhava diferente, com discriminação. Vejo de outra maneira e me corriji nos erros que eu também fazia. Eu não tinha aquilo ali para saber a extensão e o valor que a gente tem que dar para as pessoas”*.

Segundo os relatos, a maternidade da criança com deficiência intelectual possibilitou uma convivência de aprendizados contínuos, regados diariamente com doses de superação, valorização e de colocar-se no lugar do outro. Elas tornaram-se mães especiais de pessoas especiais.

Considerações Finais

A maternidade torna-se um fato significativo na vida de uma mulher, sendo esta de um filho saudável ou não. As alterações são extremamente significativas no aspecto biopsicossocial, pois a mesma passa a exercer novos papéis. Ficou claro que, para a mãe de uma criança com deficiência intelectual, essas modificações normalmente vivenciadas por elas se somam a outras não esperadas, tornando a maternidade um processo de adaptação constante.

Considerando os dados apresentados e em conformidade com a base teórica encontrada, pode-se concluir que os objetivos propostos nesta pesquisa foram

alcançados. Percebeu-se que as mães trouxeram um misto de sentimentos envolvendo a descoberta da deficiência intelectual, o que fez com que a maternidade vivida por elas se tornasse um caminho onde os primeiros passos foram mais difíceis e vivenciados com temor perante o desconhecido. As participantes também relataram uma rotina voltada aos cuidados do filho com deficiência, o que acarretou, em alguns casos, mudanças no planejamento familiar e na relação delas com os demais filhos. Ficou perceptível também uma diferença na visão das mães em relação a alguns aspectos, isso talvez esteja ligado ao grau de escolaridade das mesmas ou ainda pelo melhor entendimento da mãe que busca sempre maiores informações sobre a deficiência intelectual do filho.

Diante desse contexto a Psicologia tem muito a contribuir nessa questão. Ela pode intervir no restabelecimento emocional da genitora, facilitar o processo de aceitação e possibilitar a amenização de dificuldades e frustrações.

Constatou-se, com esse estudo, a necessidade de produção de novas pesquisas, uma vez que ficou evidente a escassez de trabalhos voltados para essa área a fim de fundamentar esse tema, principalmente no que diz respeito à interferência no planejamento familiar e ao relacionamento das mães com os outros filhos que não possuem deficiência intelectual.

Referências

AAMR - American Association on Mental Retardation. **Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio** 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

APAES Brasil. **Rede Apae e sua história**. Disponível em <<https://www.apaebrasil.org.br/#/artigo/2>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ASSUMPÇÃO Junior, F.B. **A família e o deficiente mental**. 1.ed. São Paulo: Paulinas, 1991.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; CHAUD, Massae Noda; GOMES, Maria Magda Ferreira. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 46-52, mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2016.

BATISTA, Murilo Sérgio; FRANÇA, de Marcelino Rodrigo; Família de pessoas com deficiência desafios e superação. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, v.3, n.10, jan./jun., 2007.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese (Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC)**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 68-80, jan./jul., 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 16 mai. 2016

BRASIL, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. 2013. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_93.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____, Ministério da Educação (MEC), Secretaria de Educação Especial. **Programa de Capacitação de Recursos Humanos: Deficiência Mental**. 1997.

BRUNHARA, Fabíola; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.9, n.16, p.31-40, jun., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1999000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2016.

BUSCAGLIA, L. **Os Deficientes e seus Pais**. Tradução de Raquel Mendes. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

_____. **Os deficientes e seus pais: Um desafio ao aconselhamento**. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

CAMACHO, Karla Goncalves; et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Cienc. enferm.**, Concepción, v.16, n.2, p.115-125, ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2016.

CARBO, Marysia M.R. do Prado. **Se essa casa fosse nossa: Instituições e processos de imaginação na educação especial**. 1.ed. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

CARDOZO, Alcides; SOARES, Adriana Benevides. A influência das habilidades sociais no envolvimento de mães e pais com filhos com retardo mental. **Aletheia**, Canoas, n.31, p.39-53, abr., 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14130394201000010005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2016.

CHACON, Miguel Cláudio Moriel. Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v.17, n.3, p.441-458, dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2016.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1985.

DSM - 5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento; et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EIZIRIK, C. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FEBRA, M. C. S. **Impactos da Deficiência Mental Na Família**. 2009. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra, Coimbra, 2009.

FERREIRA, C. G. **O adulto com deficiência mental e a sua família**: a questão do envelhecimento. 2009. 73p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

GARGHETTI, Cristiane Francine; MEDEIROS, Gonçalves José; NUERNBERG, Henrique Adriano. Breve história da deficiência intelectual. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, n.10, jul., 2013, p.101-116. Disponível em: <<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/994>>. Acesso em: 05 abr., 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa: A Pesquisa Científica**. 1.ed. Rio Grande do Sul: Editora UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. 4.reimp. São Paulo: Atlas, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo**. 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 out. 2016.

LUNARDI, Bruna; CÍRICO, Jaqueline Larissa; COLDEBELLA, Nádia. **Vivências, sentimentos e experiências de mães frente a deficiência de seus filhos**. In: X CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL, 2011, Maringá. Disponível em: <<http://www.abrapee.psc.br/xconpe/trabalhos/1/252.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, Luciana Pacheco. O filho sonhado e o filho real. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Piracicaba, v.2, n.3, p.121-125, 1995.

MENEZES, Rafael de Souza et al. Maternidade, trabalho e formação: lidando com a necessidade de deixar os filhos. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v.20, n.21, p.23-47, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14156954201200020003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2016.

MILLER, N B. **Ninguém é Perfeito**. Vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais. 1.ed. Campinas: Papyrus, 1995.

NUNES, Célia Cristina; SILVA, Nancy Capretz Batista da; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. As contribuições do papel do pai e do irmão do indivíduo com necessidades especiais na visão sistêmica da família. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.24, n.1, p.37-44, mar., 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2016.

OLIVEIRA, R. G. et al. A experiência de famílias no convívio com a criança surda. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p.183-191, 2004.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)**: um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa, 1989.

PANIAGUA, G. As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs.). **Desenvolvimento Psicológico e Educação** – transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.330-346.

_____. As Famílias de Crianças com Necessidades Educativas Especiais. In: COLL, C., MARCHESI, A., PALACIOS, J. (Orgs). **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. v.3. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.332.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. v.4. 1.ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

PETEAN, Eucia Beatriz Lopes; SUGUIHURA, Ana Luisa Magaldi. Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v.11, n.3, p.445-460, dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2016.

PICCININI, Cesar Augusto; GOMES, Aline Grill; MOREIRA, Lisandra Espíndula e LOPES, Rita Sobreira. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], v.20, n.3, pp.223-232, 2004. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300003>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PRADO, Ângela Fortes de Almeida. Família e deficiência. In. CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira (Org.). **Família**: comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.85-98.

REY, Fernando Luis Gonzáles. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SÁ, Sumaia Pimentel Midlej; RABINOVIC, Elaine Pereira. **Relações fraternas e deficiência**. Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea – UCSal/BR, 2015. Disponível em:

<http://www.ics.ulisboa.pt/flipping/wp2015_2/files/assets/common/downloads/ICS%20Working%20Papers%20N.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2016.

SANCHES, Antônio Mário; SILVA, Daiane Priscila Simão. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Rev. bioét.** v.24, n.1, p.73-82, 2016.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. O que significa ter uma criança com deficiência mental na família? **Educar**, Curitiba, n.23, p.161-183, 2004.

SOUZA, L.; BOEMER, M. O ser-com o filho com deficiência mental - alguns desvelamentos. **Paidéia**, São Paulo, v.13, n.26, p.209-219, 2003.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WELTER, Ivana; et al. Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.7, n.1, p.98-119, jan./jun., 2008.

MULHERES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NO CAPS: OBSERVAÇÃO E INTERVENÇÕES

Jessica Matos Batista¹; Rodrigo Moraes Kruel²; Thayse Cardoso Rita³.

¹Psicologia. Unibave. jessica-mb2011@hotmail.com

²Psicologia. Unibave. rmkpsico@hotmail.com

³Psicologia. Unibave. thaysecardoso@outlook.com

Resumo: Esse trabalho visa identificar as ações promovidas por um psicólogo social em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi realizada uma observação ativa, e pequenas intervenções, juntamente com o auxílio do psicólogo, com mulheres depressivas, a fim de fazer com que elas tenham uma melhor interação com o meio, melhorando sua autoestima e seu convívio social. Para realização do trabalho utilizou-se uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo com a finalidade de perceber a importância de se entender o problema para conseguir trazer uma solução para a melhora de vida das mulheres depressivas. O trabalho serviu para mostrar como uma ajuda de um psicólogo social, com dinâmicas, conversas, arte terapias, consegue auxiliar no tratamento das mulheres com transtornos depressivos fazendo-as se enxergarem melhor e terem um melhoramento social, no convívio com suas famílias, com colegas do CAPS e no geral em suas vidas.

Palavras-chave: CAPS, Depressão, Mulheres, Psicologia Social.

Introdução

O estágio supervisionado é obrigatório na grade curricular do curso de Psicologia, ele serve para auxiliar no processo de aprendizagem, fazendo os estudantes entrar em contato com a realidade que os espera profissionalmente. O estágio é realizado em organizações públicas e sociais. Será um estágio supervisionado pelo professor de estágio e por um psicólogo no local que totalizará 150 horas. O estágio tem o objetivo de ampliar a formação do aluno de graduação junto ao SUS como de contemplar algumas demandas significativas na saúde pública (PEGOLO DA GAMA, 2008).

A psicologia social tem como objetivo desenvolver uma consciência em uma pessoa ou em uma comunidade. Trabalha também com o fortalecimento de vínculos familiares, com a autoestima e com a independência e subjetividade dos pacientes, para que se sintam acolhidos, aceitos e parte da sociedade em que vivem. Ela trabalha por meio de dinâmicas, conversas, grupos interativos com as famílias e com a comunidade, fazendo com que o vínculo entre eles se fortaleça e que consigam se

sentir partes de um todo. A Psicologia social e comunitária tem como objetivo, assim como todas as áreas da psicologia, desenvolver o lado psíquico dos sujeitos, ajudando a se encontrarem e se conscientizarem dos seus problemas. A psicologia social e comunitária, mais precisamente, tem como objetivo desenvolver uma consciência crítica nos sujeitos ou em sua comunidade (VASCONCELOS, 1994).

Atualmente o preconceito com os doentes mentais vem diminuindo, mas ainda existe. Com a reforma psiquiátrica ficou muito mais fácil e humanizado o trabalho com os doentes mentais, afinal, já se viu que não é necessário interná-los em um hospital, pode-se ajudá-los em Centros de Atenção Psicossociais, próximos de suas famílias e fazendo com quem tenham uma autonomia maior, podendo ir e vir de suas casas. A função da reforma psiquiátrica era, e principalmente, o direito dos doentes mentais, de serem alvo de atenção profissional de qualidade e poder usufruir dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pelo progresso da ciência (JORGE, 2001).

Segundo Paim (2009) o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é um dos trabalhos realizados pelo SUS, de uma cidade do Sul de Santa Catarina, visando conhecer o trabalho da psicologia social com pacientes que possuem transtornos mentais. Tendo como o objetivo de estudar a relação da psicologia social e suas intervenções sociais junto ao equipamento público CAPS, nesse trabalho vamos analisar a posição do psicólogo na melhora de mulheres com transtorno depressivo, vivenciando o desenvolvimento das pacientes ao longo do ano. Entende-se a necessidade do conhecimento dos transtornos mentais e do curso da depressão das mulheres para melhor intervenção e tratamento do mesmo, por isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de conhecer melhor sobre o tema.

O CAPS é um lugar para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses e transtornos depressivos. A entrada e permanência dos pacientes no CAPS dependem da gravidade ou persistência dos casos. Eles acolhem pacientes com transtornos mentais, auxiliam na integração social, no convívio familiar,

ajudam os pacientes a buscar autonomia, a terem iniciativa e oferecem-lhes atendimento médico, ambulatorial, assistencial e psicológico necessário. Os transtornos mentais acometem uma grande parcela da população, já se tornando um sério problema de saúde pública, sendo uma das causas principais de incapacitação, morbidade, e morte prematura (THORNICROFT, 2002).

Nesse ponto, o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) se torna o principal instrumento para essa implementação de política de saúde mental (NICACIO, 2002).

O trabalho será realizado com um grupo mulheres com transtorno depressivo, que por consequência tem autoestima baixa e interação social abalada devido ao transtorno. Observou-se que elas têm a necessidade de sentir-se úteis, de ter mais autonomia e de resgatar suas vontades de fazer algo que lhes agrada, já que por depoimento das mesmas, "nada mais lhes agrada e não tem mais vontade de fazer nada". Preparou-se então um projeto de intervenção para aplicar com elas no decorrer do estágio, visando trazer um pouco de autoestima para vida delas, fazendo com que elas se sintam mais úteis, felizes e que tenham prazer em realizar alguma tarefa.

Psicologia Social, CAPS e Depressão

Góis (1993) define psicologia social e comunitária como sendo a área da psicologia que estuda o psicossocial que se define pelo lugar/comunidade que as pessoas estão inseridas, suas representações, grupos de amizade e comunitários.

De acordo com Lane (1991) o psicólogo trabalha na comunidade necessariamente com a linguagem e suas representações, com suas emoções e as características próprias da subjetividade e com as relações grupais comunitárias.

Segundo Paim (2009), quando o Brasil era uma colônia de Portugal os serviços de saúde ficavam a mercê dos cirurgiões do exército de Portugal. Apesar de ser difícil encontrar profissionais que gostassem de migrar para o Brasil, quando precisavam da presença de um médico, as pessoas mandavam cartas para o rei. Após um tempo, mais precisamente em 1953, surgiu a primeira Santa Casa, o tratamento dos pobres então, se dava por caridade cristã. Os ricos e militares eram atendidos mediante pagamento do governo da colônia. A partir da transferência da família real para o Brasil no século XIX, foi decidido que as responsabilidades da saúde pública seriam das municipalidades. No final do século XX criou-se o Ministério da Saúde e após algumas tentativas de acertos, o SUS (Sistema Único de Saúde).

Nos anos 80 no Brasil, os cidadãos, na sua grande maioria, não tinham direito a saúde básica, somente tinham esse direito os contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Devido a isso, profissionais da saúde, usuários e muitas outras pessoas, passaram a lutar por uma reestruturação do sistema, através da Reforma Sanitária Brasileira, que almejava implantar um sistema que servisse à democracia para que consolidasse a cidadania no país e um projeto social que garantisse o direito à saúde integral, de toda a população (AMARANTE, 2011).

Ainda segundo Paim (2009), sistemas de saúde são agentes e agencias que se relacionam entre si para garantir a saúde das pessoas e da população. Agentes são os profissionais que coletivamente ou individualmente realizam ações em prol da comunidade. Segundo o Ministério da Saúde o sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral e gratuito as pessoas. Foi uma grande vitória a criação de um sistema de saúde, e muito mais que invejar os países desenvolvidos, temos que perceber o quanto já conquistamos no Brasil depois da criação do SUS.

Após a reforma sanitária e não por causa dela, veio à tona um assunto que ultimamente tem sido muito debatido no Brasil, questões referente à saúde mental do Brasil. Surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. Um processo social complexo, caracterizado por quatro dimensões: a política, a epistemológica, a técnico-assistencial e a sociocultural. A Reforma Psiquiátrica se caracterizou como uma luta para que os doentes mentais tivessem um melhor tratamento (NICACIO, 2002).

A desinstitucionalização defendida pela reforma psiquiátrica é a substituição dos hospitais psiquiátricos e os chamados manicômios, por um conjunto de cuidados externos, que envolvem questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja uma mudança das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. A questão crucial da desinstitucionalização é uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos” (GONÇALVES; SENA; 2001).

O CAPS proporciona mudanças, como por exemplo, de possibilitar que o doente mental fique com sua família e proporcionam cuidados para que esse convívio seja saudável e positivo. A participação da família nesses cuidados é de fundamental importância e exige que se tenha uma nova organização familiar e aquisição de habilidades que podem ocasionar em uma alteração de rotina dos familiares. Diante

disso, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde e facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Conforme Conselho Federal de Psicologia, (2013) o CAPS (Centro de atenção Psicossocial) é um equipamento público e hoje um dos principais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo a dependência de álcool e outras drogas. O CAPS tem o intuito de acolher pessoas com transtornos psíquicos graves, estimulando sua autonomia, convívio social e integração familiar. O principal intuito é promover uma reabilitação psicossocial dos usuários. Buscam ajudar na recuperação de identidade e criar uma autonomia relativa a trabalho, moradia e a família. A atual política prevê a implantação de diferentes tipos de CAPS:

- CAPS I – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em pelo menos um período/dia.

- CAPS II – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes. Oferece atendimento diário de 2ª a 6ª feira em dois períodos/dia.

- CAPS III – Serviço de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Oferece atendimento em período integral/24h.
- CAPS ad – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes.

- CAPS ad III – Serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 200 mil habitantes.

As funções do CAPS são prestar atendimento clínico diário, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, promover inserção social dos pacientes com transtornos mentais, dar suporte à atenção a saúde mental na rede básica de saúde. O CAPS é um serviço de saúde municipal comunitários, que oferecem atendimento diário as pessoas com transtornos mentais. Cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, preservando e fortalecendo seus vínculos, acompanhando a reinserção social das pessoas através do acesso ao trabalho, lazer e o exercício dos seus direitos (CFP, 2013).

As vivências do CAPS mostram que as variadas atividades que lá são realizadas servem como uma ajuda para o paciente construir autonomia. O tratamento

medicamentoso aliado a atenção social, são suporte ao paciente para que consiga ser o mais independente possível. Embora ainda haja inúmeras dificuldades a serem enfrentadas acredita-se que os primeiros passos já foram dados para a desconstrução/construção de novas possibilidades de atuação do psicólogo na atenção primária a saúde (SANTOS, 2000).

O profissional de saúde mental cuida de pessoas que possuem sofrimento psíquico, por isso, sua atuação não exige instrumentos complexos, pois seu principal instrumento de trabalho é sua própria pessoa, através do contato direto e prolongado nos espaços que oferece em sua atuação (COLLINS, 2003).

Demanda, assim, recursos afetivos, posturas profissionais, habilidades e competências que não se aprendem nos livros, ultrapassando limites do conhecimento formal: capacidade de comunicação, cooperação, liderança e resolução de conflitos interpessoais, dentre outras (ISHARA, 2007).

Além do cuidado com os pacientes torna-se essencial que os profissionais cuidem de si mesmos. Oliveira, Leme e Godoy (2009) torna-se essencial que os profissionais possam olhar para si mesmos, para a equipe e para o usuário de modo integral. Para isso, é necessário, abrir espaços, constituir grupos de discussão e de cuidado, com o objetivo de problematizar o cotidiano vivido, as dificuldades, os questionamentos, as reflexões e as ações coletivas.

O transtorno depressivo, segundo o DSM IV é um transtorno de humor, que segue uma sequência de sintomas que devem estar presentes por um período de duas semanas e devem representar uma alteração a partir do funcionamento anterior, e pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda do interesse. A depressão tem por consequência a baixa autoestima e a interação social abalada, já que a pessoa com transtorno depressivo na maioria das vezes, não sente vontade de sair ou conversar com outras pessoas. As pessoas com transtorno depressivo também tem consigo sentimentos de inutilidade e de culpa por estarem doentes, tem a capacidade de se concentrar e pensar diminuída e tem pensamentos de morte. Ainda segundo o DSM IV, os sintomas causam sofrimento significativo e prejuízo no seu funcionamento social e ocupacional e também em outras áreas importantes na vida da pessoa. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Esteves e Galvan (2006) afirmam que a depressão deve ser tratada como a doença da sociedade moderna. Ela tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas um sintoma diante da vida do sujeito. A depressão é

conhecida pelos sintomas descritos como apatia, irritabilidade, perda de interesse, tristeza, atraso motor ou agitação, ideias agressivas, desolação e múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia). Ela vem reger as atitudes dos sujeitos e modifica a percepção que eles tem de si mesmos, passando a enxergar seus problemas com grande ênfase.

De acordo com Justo (2006), a depressão é uma doença presente possivelmente em todas as mais variadas populações do mundo e que já foi registrada desde tempos remotos. A depressão tem sido avaliada, em muitos estudos epidemiológicos, como tendo aproximadamente duas vezes mais prevalência em mulheres que em homens. Um dos fatores apontados se referindo a prevalência maior em mulheres, é que elas parecem ser mais propensas que os homens a lembrar e relatar suas alterações de humor que ocorreram no passado (WILHEM, 1994)

Conforme Kaplan e Sadock (1997), as pessoas na sua trajetória de vida, experimentam uma ampla faixa de humores, mas elas sentem-se no controle na grande parte do tempo. Os transtornos de humor caracteriza-se pela perda desse controle, o que gera um grande sofrimento.

Segundo Júnior (2002) a depressão tem uma relação significativa com sintomas de ansiedade e isso virou tema de diversos estudos. Sintomas ansiosos, incluindo ataque de pânico, medos patológicos e obsessões, são comuns durante episódios depressivos e, em geral, são relacionados a um pior prognóstico.

A depressão infelizmente é uma doença que cresce cada vez mais, estima-se que a depressão até o ano de 2020, ocupará o segundo lugar entre as maiores causas de doenças, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (MELGOSA, 2009).

Procedimentos Metodológicos

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência, observou aspectos pessoais e motivacionais de mulheres com depressão que frequentam o CAPS de Braço do Norte SC. O cenário do estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Braço do Norte SC. A população de estudo foram sete mulheres com a faixa etária entre 35 a 55 anos, estas mulheres se encontram pelo menos uma vez por semana.

O presente trabalho propôs uma reflexão acerca das questões que envolvem o cuidado em saúde mental e as práticas desempenhadas no âmbito dos serviços considerados substitutivos, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a atual Política de Saúde Mental no Brasil. Nesse sentido, cabe agora fazer uma relação entre a experiência

relatada de atendimento no CAPS, vivenciada por estagiarias do curso de psicologia, e as concepções de cuidado no seu âmbito mais idealizado com as práticas em saúde mental.

Resultados e Discussões

O estágio foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do Sul de Santa Catarina, que acompanha pessoas com transtornos mentais severos. Começamos o estágio observando os pacientes, optamos por realizar o estágio com uma turma de pessoas com transtorno depressivo.

Segundo Melgosa (2009), estimasse que a depressão daqui a uns anos, ficara em segundo lugar entre as maiores causas de doenças no mundo. Optamos então, por observar e aplicar intervenções com essa turma de pacientes, a fim de conhecer e entender o universo que existe por trás dessa doença que pouco a pouco vem se alastrando pelo mundo.

De acordo com Lafer (1996), o risco deste transtorno durante a vida é de 10 a 25% para mulheres e 5 a 12% para homens, o que coloca as mulheres, a partir da adolescência, com uma prevalência duas vezes maior que os homens de desenvolver o transtorno depressivo. Ao observar, percebemos que a turma se tratava exclusivamente de mulheres e conversando com a psicóloga, ela nos informou que o índice de pacientes femininos com transtornos depressivos era bem maior no CAPS.

Em nossos encontros, participamos de diversas práticas de arte terapia, que segundo Freire Coqueiro (2010), a arte terapia é uma forma terapêutica que absorve conhecimentos de diversas áreas, visando resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação. Percebemos que as mulheres depressivas adoram confeccionar artesanatos. Tinta, colagem, corte e costura são os preferidos, elas falam. Uma das pacientes relata que “Isso me faz sentir bem, me sinto útil, gosto de pensar que ainda sou boa fazendo alguma coisa”.

Nota-se que após a arte terapia há uma minimização dos fatores negativos da depressão, que surgem naturalmente com a doença, como o estresse, medo, isolamento social, apatia, entre outros (FREIRE, 2010).

Percebemos que nas sessões de arte terapia as pacientes interagem muito umas com as outras, ajudando as que não conseguem realizar as tarefas e estimulando-as a conseguir, na arte terapia também é um momento de desabafo, onde elas conversam sobre coisas corriqueiras do dia a dia, medos, dificuldades e

realizações. E após, elas ficam mais calmas e dizem se sentir bem ao realizarem as tarefas e ver que conseguem cumprir os desafios propostos a elas.

A psicóloga, juntamente com a psiquiatra e a assistente social, elaborava também para as pacientes dinâmicas de grupo, onde elas interagem umas com as outras. Para Vygotsky, 1981 o grupo é um importante e forte instrumento para a prática de educação e para promover a aprendizagem participativa. A interação delas é muito importante para um melhor convívio social, nas dinâmicas elas riem, choram, contam suas histórias e desabafam. Segundo Cunha, a comunicação dentro de um grupo gera descoberta de afinidades, expõe receios e acabam como consequência mostrando seus diversos mecanismos de defesa.

No CAPS, as mulheres buscam basicamente um objetivo comum, que seria a melhora dos sintomas da depressão, então elas acabam se unindo em prol desse objetivo, ajudando umas às outras nas atividades propostas, falando palavras de apoio e conforto e mostrando que não estão sozinhas ali, que tem outras pessoas que se importam com elas. Cunha afirma que para existir um grupo, é necessário que os indivíduos sejam movidos por um mesmo objetivo e que se unam para uma atividade específica.

Ao observar e interagir com as pacientes, percebemos também como elas se espelham umas nas outras. A psicóloga do local nos informa que isso é muito importante, elas veem na melhora das outras um incentivo para também melhorarem. Pisani et.al Nicoletto (1990) citam que várias coisas que aprendemos diariamente, acontecem por observação direta da conduta e ações de outras pessoas, aprendendo pelo exemplo.

Trabalhamos com dois filmes, Antes de partir de Rob Reiner e Nise - O Coração da Loucura, de Roberto Berliner. O primeiro é um filme sobre dois pacientes terminais que se conhecem no hospital e saem pelo mundo para realizar uma lista dos últimos desejos que tem antes de morrer, percebemos que elas não se encantaram, até mesmo por que não quiseram parar para ver, ficaram agitadas e preferiram não ficar assistindo ao filme. O segundo que é a história de uma psiquiatra que contraria os tratamentos convencionais de esquizofrenia dos anos de 1950. Ela assume o setor de terapia ocupacional e inicia uma nova forma de lidar com os pacientes. Esse filme elas adoraram, viram até o final e ainda pararam para discutir sobre ele quando ele encerrou.

Turner 1997, afirma que o cinema, assim como outros veículos de comunicação, tem que passar valores, histórias e sentimentos. Afirma que os significados sociais dados tem relação com a cultura. Observamos que elas se interessaram mais pelo filme que mostra a realidade delas, de pessoas que se sentiam excluídas, mas, que encontram alguém que mude sua realidade e seu modo de perceber a si mesmos e a vida.

Considerações Finais

Esse estágio foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com uma turma de pacientes femininas com transtorno depressivo. Começamos com uma observação ativa, conversando com as pacientes e interagindo com elas nas atividades e percebeu-se a falta de autoestima gritante nas pacientes, que em fator disso acabam por ter seu convívio social abalado e se isolam da sociedade.

Percebendo essa necessidade, começamos a acompanhar os trabalhos da psicóloga social com essas mulheres, realizando atividades como pintura, colagem, arte terapias no geral, que as deixavam bem felizes em conseguir realizar as tarefas e as que não conseguiam por consequência de sintomas da depressão e dos medicamentos, como a tremura, eram incentivadas pelas outras colegas a tentarem fazer pelo menos um pouco, e sentiam-se realizadas ao conseguir efetuar a tarefa.

Realizar o estágio nos mostrou o quanto a depressão afeta a vida das pessoas, principalmente a área da autoestima e do convívio com a sociedade e o quanto o CAPS é importante para esse resgate delas desse pensamento. As pacientes comentavam que gostavam somente de ficar sozinhas trancadas em seu quarto, que não precisavam nem comer, pois nem fome não sentiam, mas, que após começarem a frequentar o CAPS, sentiram-se mais seguras e confortáveis para realizar suas tarefas.

Vimos que o trabalho do psicólogo social é de extrema importância no CAPS, pois incentiva as mulheres depressivas a quererem ter uma vida melhor, a verem que podem conviver com a doença comandando a depressão e não somente serem comandadas por ela. O psicólogo traz sempre em suas dinâmicas, nos artesanatos, nos filmes, mensagens positivas e que as deixem bem, que as façam pensar sobre suas vidas.

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011.
- COLLINS, S.; LONG, A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. **Journal of Psychiatric Mental Health Nursing**, 2003.
- CUNHA, Luara Da Silva; DA SILVA, Raquel Pinheiro; ALCÂNTARA, Bruno Sérgio. **Um estudo sobre a importância da dinâmica de grupo no processo de aprendizagem de professores**. 2014.
- ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006.
- FREITAS, Maria de Fatima Quintal de. Práxis e formação em psicologia social comunitária: exigências e desafios ético-políticos. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 32, n. 3, p. 521-532, 2015.
- FREIRE COQUEIRO, Neusa; RAMOS VIEIRA, Francisco Ronaldo; COSTA FREITAS, Marta Maria. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, 2010.
- GÓIS, César Wagner de Lima. **Noções de psicologia comunitária**. Fortaleza, Edições UFC, 1993.
- GONÇALVES, Alda Martins; DE SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- ISHARA, S. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial**, 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.
- JORGE, M.R. & FRANÇA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Editorial. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 23(1): 3-6, 2001.
- JÚNIOR, Alberto Stoppe; CORDÁS, Táki Athanássios. Depressão e ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, p. 221-228, 2002.
- JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. **Archives of Clinical Psychiatry**, 2006.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Compendio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- LAFER, B. **Transtornos do humor. Manual de psiquiatria** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- LANE, S.T; SAWAIA, B.B. "Psicologia: Ciência ou política?" In: Montero, Maritza (coord), **Acción y discurso-problema de psicología política em América Latina**, Eduven, 1991.
- LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, nov.-dez. 2004.
- MELGOSA, Julián. **Mente Positiva: Como Desenvolver um estilo de vida Saudável**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2009.
- NICÁCIO, Maria Fernanda. **Utopia da realidade: contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2002.
- OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni S; LEME, Fernanda Ribeiro da Gama; GODOY, Kathia Regina Galdino. O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena , 2009 .
- PEGOLO DA GAMA, Carlos Alberto; YAMAZATO KODA, Mirna. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia ciência e profissão**, v. 28, n. 2, 2008.
- PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.
- PISANI, Elaine Maria; BISI, Guy Paulo; RIZZON, Luiz Antônio e NICOLETTO, UGO. **Psicologia Geral**. Porto Alegre; Vozes, 1990
- SANTOS, Núbia Schaper; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa; Delgado, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Vol. 20. Brasília Dec 2000.
- SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. 2008.
- SILVA, Kamilla Santos. O QUE É O SUS? **Saúde.com**, v. 8, n. 2, 2016.
- THORNICROFT, G. & MAINGAY, S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. **BMJ** 325: 608-609, 2002.
- TURNER, Graeme. **Cinema como prática social**. Summus Editorial, 1997.
- VASCONCELOS, E. M. **O que é psicologia comunitária** (6ª ed.). São Paulo: Editora Brasiliense. 1994
- VYGOTSKY, L.S. A gênese das funções mentais superiores. In: J.V Wertsch (Ed) **O conceito de atividade da psicologia Soviética**. 1991

WILHEM, K.; PARKER, G. - **Sex differences in the lifetime prevalence of depression: fact or artifact?** Psychol Med 24:97-111, 1994.

O IMPACTO DA IMUNONUTRIÇÃO EM CASOS CIRÚRGICOS DE CANCERES DO TRATO GASTROINTESTINAL EM UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

André Luciano Manoel¹, Morgana Prá², Mayra da Rosa Martins Walczewski³;
Eduardo André Bracci Walczewski⁴, Daisson José Trevisol⁵

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. andremanoel@gmail.com
2. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina. mor_pra@hotmail.com
3. Coordenadora clínica da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional do Hospital Nossa Senhora da Conceição, gastroenterologista, professora no curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. mayrarmartins@hotmail.com
4. Mestre em ciências da saúde pela UNISUL, professor no curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. mayrarmartins@hotmail.com
5. Centro de Pesquisas Clínicas, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão, Santa Catarina. daissant@uol.com.br

Resumo: Introdução: O câncer do trato gastrointestinal está associado a diversas alterações gastrointestinais que refletem na baixa do estado nutricional. Neste sentido a terapia nutricional adequada destes pacientes é recomendada, visando melhorar o sistema imunológico e o estado nutricional para reduzir as complicações durante o tratamento, inclusive no pós-operatório. **Metodologia:** Este estudo tem delineamento transversal, e avaliou efeito da imunonutrição em pacientes que foram submetidos a cirurgia para tratamento de câncer do trato gastrointestinal. **Resultados:** 75 indivíduos foram avaliados, a maioria homens, e destes 52% receberam imunonutrição. Na maioria dos casos as lesões encontravam-se acima do ângulo de Treitz. Eventos desfavoráveis no pós-operatório foram mais frequentes em pacientes que não receberam imunonutrição e não houve correlação entre óbitos e a imunonutrição. **Considerações Finais:** Nosso estudo indica benefícios no uso da imunonutrição no controle das complicações pós-operatórias, e sugere que novos estudos sejam realizados para buscar estabelecer uma rotina padrão de imunonutrição.

Palavras chaves: Neoplasias gastrointestinais. Suplementos nutricionais. Procedimentos cirúrgicos do sistema digestório.

Introdução

O câncer é um problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, onde segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrerá 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (WHO, 2016), e no Brasil estima-se que em 2016 e 2017 ocorra 600 mil novos casos de câncer (INCA, 2014). Neste cenário, os diversos tipos de Câncer do Trato Gastrointestinal (TGI) possuem grande prevalência com impacto social e econômico (JEMAL et al., 2010).

O Câncer de TGI está associado a sintomas como náuseas, vômitos e falta de apetite, o que pode levar perda de peso e baixo estado nutricional, contribuindo para agravamento do quadro clínico (ROSANIA et al., 2016). Além disso, em muitos casos o tratamento envolve procedimentos cirúrgicos, e por tal natureza trazem aos pacientes um processo inflamatório associado a significativa depleção de nutrientes que pode culminar em uma desregulação do sistema imune levando a sérias complicações pós-operatórias (BERNARDO et al., 2016).

As terapias nutricionais no tratamento do câncer atuam reduzindo riscos associados ao tratamento, e podem contribuir para reduzir as complicações pós-operatórias (KIM et al., 2008; MELLO et al., 2010). Assim estudo de Bozzetti e colaboradores (2007) relata que pacientes com câncer submetidos à cirurgia em estado nutricional inadequado tem maior taxa de mortalidade e complicações, associadas a maior tempo de internação.

Uma metanálise realizada por Drover e colaboradores (2011) comprovou que a utilização de imunonutrição (IN) reduz substancialmente a chance de ocorrerem infecções no período pós-operatório. Entretanto, não existe um protocolo definido sobre qual a melhor forma de utilizar a IN, variando as indicações quanto ao período, duração e formulações (MARIK; ZALOGA, 2016).

O protocolo ACERTO (Acelerando a Recuperação Total Pós-Operatória) definiu que todo procedimento cirúrgico em paciente com câncer, mesmo na ausência de desnutrição grave, deve receber IN por 5 a 7 dias e que esta deve ser mantida no pós-operatório (AGUILAR, 2011). Tal recomendação também é descrita em protocolos internacionais, a exemplo da recomendação da Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral (SANEP, 2016).

A oferta nutricional pode ser oral, enteral ou parenteral conforme as necessidades de cada paciente, bem como o valor calórico ofertado deve ser definido através características individuais como gênero, peso, altura e idade. A dieta deve ser rica em proteína, podendo chegar a 2.0g/kg/dia em casos de desnutrição, pré e pós-operatórios (AGUILAR, 2011).

Estudos de grande impacto têm procurado identificar que componentes seriam capazes de atenuar a resposta inflamatória, adequar o sistema imune, diminuir o estresse oxidativo, potencializar as defesas anti-infecciosas e capacidade de cicatrização, já que com estes, seria possível diminuir a morbidade e a mortalidade pós-operatória (DROVER et al., 2011; EMPORINI et al., 2015).

Alguns nutrientes vêm se destacando na IN, pois quando oferecidos em doses superiores à recomendação diária usual melhoram o sistema imune, metabolismo e resposta inflamatória. Estes são aminoácidos essenciais como a glutamina, os ácidos graxos poli-insaturados (ômega 3), as vitaminas A, C e E, além de alguns minerais (zinco e selênio). Estes são usados na IN, de forma isolada ou combinada para que sejam alcançados os efeitos desejados (SANTOS et al., 2010; DUTRA; SAGRILHO, 2014).

Com base no exposto, este estudo avaliou os pacientes com câncer no TGI submetidos a cirurgias no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na cidade de Tubarão, Sul de Santa Catarina, com intuito de avaliar se os pacientes que fizeram uso de IN pré-operatória tiveram melhor desfecho prognóstico do que os que não o fizeram.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo trata-se de um delineamento transversal, onde todos os pacientes submetidos a qualquer tipo de cirurgia por câncer no TGI no Hospital Nossa Senhora da Conceição de julho de 2013 a dezembro de 2014 foram incluídos. As informações foram obtidas através do prontuário dos pacientes, onde foi realizado preenchimento da ficha de inquérito hospitalar comparados. Por questões de logística e particularidades não controladas por este estudo, somente metade dos pacientes atendidos para cirurgia oncológica do TGI foram submetidos a IN.

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com aceitação através do protocolo número 46287715.7.0000.5369. As variáveis do estudo se dividiram em três grupos: perfil da população entrevistada, questões relacionadas a doença e diagnóstico, e questões ligadas a atual internação hospitalar. As variáveis incluídas no formulário de coleta de dados do prontuário buscam entender se a utilização da IN nos pacientes causa diferença no desfecho final (prognóstico) dos indivíduos.

Assim foram coletados dados sobre aspectos demográficos e socioeconômicos: gênero, idade, escolaridade, município de origem, comorbidades. Questões relacionadas à doença: sítio de acometimento do câncer, tipo histológico, tempo entre diagnóstico e internação, tratamentos associados, Internação hospitalar atual: número de dias de internação pré e pós operatória, número de dias de internação em unidade de terapia intensiva, número de dias que fez uso da IN,

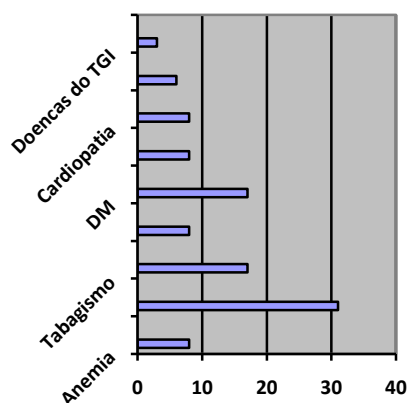
ocorrência de desfechos desfavoráveis (dor, parada cardiorrespiratória, sepse, choque e outros).

Foi criado um banco de dados para a entrada e análise da informação utilizando o software Microsoft Office Excel™ 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Statistical Product and Service Solutions™ (SPSS for Windows v 20 Chicago, IL, USA). A epidemiologia descritiva foi adotada para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse, foram utilizados o teste de qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e o teste de t de Student para a comparação entre médias. Nas variáveis que não tiveram distribuição normal empregou-se a estatística não paramétrica com aplicação do teste U de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparação das medianas. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%.

Resultados e Discussão

Foram incluídos no presente estudo 75 indivíduos, com idade média de $60,49 \pm 11,61$ anos, submetidos a cirurgias oncológicas do TGI, destes, 36 (48%) não foram submetidos a imunonutrição pré-operatória e 39 (52%) receberam tal terapia, e quanto ao gênero, 51(68%) eram homens e 24 (32%) mulheres. As informações referentes às comorbidades que os indivíduos apresentavam no momento da internação hospitalar para suas cirurgias estão expostas no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Comorbidades apresentadas antes do início da IN.



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A maioria dos indivíduos (60 [80%]) apresentavam algum tipo de comorbidade, ainda as seguintes morbidades não foram citadas no gráfico: nefropatias (3 indivíduos – 4%), doenças mentais (2 indivíduos – 2,7%), Acidente Vascular Encefálico prévio (5 indivíduos – 6,7%), pneumopatias (2 indivíduos – 2,7%) e dislipidemias (2 indivíduos – 2,7%).

Quanto à topografia das lesões neoplásicas, em 56 (74,7%) casos as mesmas encontravam-se acima do ângulo de Treitz (TGI alto) e em 19 (25,3%) abaixo (TGI baixo). A maioria dos casos (63 [84%]) teve diagnóstico histológico de adenocarcinoma. O número de dias de internação antes da cirurgia, depois da cirurgia e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está exposto na tabela 1.

Tabela 1 - Número de dias de internação antes da cirurgia, depois da cirurgia e em UTI.

	Dias de Internação antes da cirurgia	Dias de internação depois da cirurgia	Dias de Internação em UTI
Sem IN	2±1,08	7±1,61	1±0,6
Com IN	7±1,08	8,5±1,2	2±1,39
Valor de p	0,008	0,039	0,199

Legenda: IN: Imunonutrição e UTI: Unidade de terapia Intensiva.

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Os pacientes foram avaliados quanto à ocorrência de eventos desfavoráveis no pós-operatório, para tal, foram considerados: pneumonia, íleo paralítico, sepse, derrame pleural, deiscência de sutura, insuficiência renal aguda, parada cardiorrespiratória, necessidade de transfusão sanguínea, formação de fístula, diarreia, dor, vômito, febre, distúrbios hidroeletrólíticos (DHE), neutropenia, enterorragia, anemia e fibrilação atrial. E assim os pacientes que não fizeram uso de IN tiveram média de 2,5±1,5 eventos desfavoráveis no pós-operatório e os que fizeram uso de IN 1,95±1,3 (valor de p = 0,082). Quando se avaliaram os desfechos individualmente não houve nenhuma significância estatística.

Ainda quanto ao desfecho final do paciente considerou-se se o paciente evoluiu para óbito ou se até o presente momento mantinha-se em vida (segundo as informações disponíveis no sistema de prontuários eletrônicos do hospital em questão). Do total, 19 (25,3%) indivíduos foram a óbito, porém não houve correlação entre óbito e uso ou não uso de IN.

Diferentes estudos têm avaliado características de populações acometidas por cânceres, efeitos do seu tratamento, e seus desfechos, contribuindo para o melhor

entendimento desta doença. Assim estudos epidemiológicos como o nosso são importantes, pois elucidam a realidade em terapias oncológicas e podem, desta forma, auxiliar na tomada de decisões para tratamentos futuros e garantir melhores resultados na prática clínica.

A maior parte da nossa amostra foi composta por homens, o que vem ao encontro da estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014), que relata maior predomínio de cânceres do TGI em homens. Também estudo de Silva e colaboradores (2016) avaliando uma população com câncer gástrico, encontrou incidência maior em homens com 67% de prevalência.

Ainda segundo dados do INCA, o câncer de estômago é um dos mais frequentes no trato gastrointestinal, com maior incidência em homens e 95% destes são do tipo adenocarcinomas (INCA, 2014). Estes dados vêm ao encontro com nosso estudo onde encontramos 74,7% dos casos acima do ângulo de Treitz (TGI alto) e 84% com diagnóstico de adenocarcinoma.

Em nosso estudo a maioria dos indivíduos avaliados apresentou alguma comorbidade associada ao câncer de TGI. Algumas destas são consideradas fatores de risco para este tipo de câncer, como doenças gastrointestinais (UTSUNOMIYA et al., 1974; HANSSON, et al., 1996) e entre elas infecção por *Helicobacter pylori* (FUCCIO et al., 2009; MA et al., 2012), consumo de cigarro (LADEIRAS et al., 2008) e consumo de álcool (CREW; NEUGUT, 2006; LEUNG et al., 2008).

Estudo de Martos-Benitez e colaboradores (MARTOS; GUTIERREZ; ECHEVARRIA, 2016) avaliou pacientes submetidos a cirurgias digestivas para tratamento de câncer e encontrou resultados semelhantes ao nosso, quanto às complicações pós-operatórias, sendo infecções, alterações pulmonares, cardiovasculares e gastrointestinais, as mais predominantes. E apontou que a maior ocorrência de complicações pós-operatórias está ligada a maiores taxas de mortalidade e tempo de internação hospitalar.

Além desta constatação, cânceres de TGI estão comumente associados a depleção do estado nutricional, pois podem causar náuseas, vômitos, dores abdominais e outros desconfortos gástricos que acabam por limitar o consumo alimentar (LIOU et al., 2016; ROSANIA et al., 2016). Assim, conforme recomendação da Espen (2006), deve-se oferecer suporte nutricional adequado, buscando preservar/melhorar o estado nutricional de pacientes acometidos por esta doença, para melhor prognóstico e resposta ao tratamento.

Recentemente, vários estudos avaliando tratamento de câncer, tem buscado estabelecer associação dos desfechos com a IN e o estado nutricional dos pacientes (KLEK et al., 2016; PAN et al., 2015; MARIK; ZALOGA, 2016). Estudo de Panella (2014) e colaboradores, que realizou pesquisa em um hospital particular no Chile, verificou que o estado nutricional do paciente está correlacionado com as comorbidades no pós-operatório de câncer digestivo, bem como que a IN durante a semana anterior ao procedimento cirúrgico reduz a taxa de complicações pós cirúrgicas. Nosso estudo, também, aponta um fator de proteção relacionando a IN, pois os resultados mostram que pacientes que receberam IN tiveram uma menor ocorrência de eventos desfavoráveis no pós-operatório.

Estudo de revisão (MACHADO et al., 2016) indica que o custo benefício é positivo quando utilizado IN em pacientes com câncer de TGI, mostrando redução dos dias de internação hospitalar e complicações associadas. Assim, Zuh e colaboradores (2016) mostram menor tempo de internação em pacientes suplementados com óleo de peixe após cirurgia de câncer colorretal. Em nosso estudo os pacientes submetidos a IN permaneceram mais tempo internados, entretanto, justifica-se o fato devido este ser o protocolo empregado na instituição para realização da IN pré-operatória.

Nosso estudo encontrou 25,3% de óbitos entre os participantes do estudo, assim também outros trabalhos mostram altas taxas de mortalidade relacionadas aos cânceres de TGI (AMERICA CANCER SOCIETY, 2016; RICCI, 2016). O INCA cita que as altas taxas de mortalidade estão ligadas às dificuldades de tratamento, frente às dificuldades de diagnóstico precoce e ao mal prognóstico da doença. (INCA, 2014).

Considerações Finais

Nosso estudo vem ao encontro de diversos outros estudos que mostram que o preparo imunológico do paciente reduz eventos adversos pós-operatórios, e elucida a necessidade de aprimoramento na escola e utilização da IN nos pacientes com câncer do trato gastrointestinal que serão submetidos a cirurgias, devido as diversas alterações nutricionais que envolvem estes pacientes e seu tratamento.

Referências

AGUILAR-NASCIMENTO, Jose Eduardo. **ACERTO - Acelerando a recuperação total pós-operatória**. 2 ed. São Paulo: Rubio, 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2016**.. Disponível em:

<<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ARENDS, J. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. **Clinical Nutrition**, v.25, n.2, p.245-592, 2006.

BERNARDO, Ana Teresa. et al. Avaliação da performance cirúrgica pelo P-POSSUM em doentes com cancro gástrico – revisão de 5 anos. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 36, p.9-18, 2016.

BOZZETTI, Federico. et al. Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients: The joint role of the nutritional status and the nutritional support. **Clinical Nutrition**, v.26, n.6, p. 698–709, 2007.

CREW, Katherine D; NEUGUT, Alfred I. Epidemiology of gastric cancer. **World Journal Gastroenterology**, v.12,, n.3, p. 354–362, 2006.

DROVER, J.W et al.. Perioperative use of arginine-supplemented diets: A systematic review of the evidence. **Journal of the American Am College Surgeons**, v.212, n.3, p.385-399, 2011.

DUTRA, Iza Karla Alves; SAGRILLO, Michele Rorato. Terapia nutricional para pacientes. **Disciplinarum Scientia**, v 15, p.155-169, 2014

FUCCIO, L. et al. Meta-analysis: can Helicobacter pylori eradication treatment reduce the risk for gastric cancer? **Annals Internal Med**, v.151, n.2, p.121-128, 2009.

GAIÃO, S.M.; GOMES, A. A.; PAIVA, J. A O. C Postoperative complications and clinical outcomes among patients undergoing thoracic and gastrointestinal cancer surgery: A prospective cohort study. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v, 28, n.1, p.40-48, 2016.

HANSSON, L. et al. The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal ulcer disease. **The New England Journal of Medicine**, v.335, n.4, p.242-249, 1996.

INCA - Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva **Estimativa 2016 [Internet]**.. 2014. 124 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 15 jun. 2016.

JEMAL, A. et al. **Cancer statistics**, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20610543>. Acesso em: 24 jul. 2016.

KLEK, S. et al. Enriched enteral nutrition may improve short term survival in stage IV gastric cancer patients, randomized controlled trial. **Nutrition**, v.36, p.46-53, 2017.

LADEIRAS-LOPES, R. et al. Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Cancer Causes Control**, n.7, p.689-701, 2008.

LEUNG, W. K. et al. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. **The Lancet Oncology**, v.9, n.3, p.279-287, 2008.

LINHARES, E. et al. Tumor estromal gastrointestinal: análise de 146 casos do centro de referência do Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v.38, n.6, p.398-406, 2011.

LIU, Y.T.; CHIANG, P.Y.; SHUN, S.C. [The Nutritional Care Experience of a Post-Operative Periapillary Cancer Patient With Cachexia]. **Hu Li Za Zhi**, v.63, n.2, p.127-134, 2016.

MA, J.L. et al. Fifteen-year effects of Helicobacter pylori, garlic, and vitamin treatments on gastric cancer incidence and mortality. **J National Cancer Institute**, v.104, n.6, p.488-492, 2012.

MARIK, P. E; ZALOGA, G.P. Immunonutrition in high-risk surgical patients: a systematic review and analysis of the literature. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v.34, n.4, p.378-386, 2016.

MELLO, B. S. et al. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.31, n.4, p.803-811, 2010.

PAN, Y.P. et al. Relationship between pre-treatment nutritional status, serum glutamine, arginine levels and clinicopathological features in Taiwan colorectal cancer patients. **Asia Pacific Journal Clinical Nutrition**, v.24, n.4, p.598-604, 2015.
PANELLA, L. et al. Relación entre estado nutricional y evolución postoperatoria, en cirugía oncológica digestiva. **Revista de Medicina Chilena**, v.142, n.11, p.1398-1406, 2014.

REIS, A. M. et al. Custo-benefício da imunonutrição perioperatória em cirurgia oncológica do trato gastrointestinal: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.29, n.2, p.121-125, 2016.

RICCI, R. Syndromic gastrointestinal stromal tumors. **Hered Cancer Clin Pract**, v.14, n.1, 2016.

ROSANIA, R. et al. Nutrition in Patients with Gastric Cancer : An Update. **Gastrointest Tumors**, n.2, p.178-187, 2015.

SANTOS, A. L. B. et al. Efeitos da Glutamina no Câncer Colorretal. **Arquivos de Medicina**, 2010;24(8):199–205.

SILVA, R. M. B.; FREITAS, R. R. R.; SANTOS, T. Perfil dos Pacientes com Câncer Gástrico Atendidos no Hospital Municipal Dr . José de Carvalho Florence no Período de 2007 a 2012. **Revista Ciências em Saúde**, v.6, n.1, 2016.

SOCIEDADE AMERICANA DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL. Disponível em: <<https://www.nutritioncare.org/>> . Acesso em: 10 jun. 2016.

TEMPORINI, W.P.M. Et al.Terapia nutricional no paciente oncológico cirúrgico

grave: relato de caso. **Ganepão**, 2015.

UTSUNOMIYA, J. et al. Gastric lesion of familial polyposis coli. **Cancer**, v.34, n.3, p.745-754, 1974.

WHO **Estimated cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

WOOK, K. et al. The impact of comorbidity on surgical outcomes in laparoscopy-assisted distal gastrectomy: a retrospective analysis of multicenter results. **Annals Surgery**, v..248, n.5, p.793-799, 2008.

ZHU, M. et al. Impact of fish oil enriched total parenteral nutrition on elderly patients after colorectal cancer surgery. **Chinese Medical Journal**, v.125, n.2, p.178-181, 2012.

O PRESENTE DE QUEM VIVEU O PASSADO: RECONHECENDO HISTÓRIAS NO CRAS

¹Lucas Silva; Priscilla Sampaio²; Luciano Correa³

¹Psicologia. Unibave. lukss2000@hotmail.com

²Psicologia. Unibave. Prih_sampaio@live.com

³Psicologia. Unibave. psilucianocorrea@gmail.com

Resumo: O objetivo desse artigo é apresentar uma visão interna do trabalho feito pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em prol do público idoso que o frequenta, pudemos observar de perto a interação e reintegração social feita através de visitas, acolhimentos e atividades integradoras através dos encontros proporcionados por nosso estágio, o resultado foi um engrandecimento de nosso conhecimento acerca do trabalho social oferecido por um equipamento público, experiências que não obtiveríamos caso estivéssemos somente em sala de aula e um relato exemplificador da realidade social hoje vivida pelo idoso em âmbito municipal. A Psicologia entra nesse contexto visando entender os problemas e as vertentes do estado social e psíquico de cada indivíduo diante de suas dificuldades na vida diária, auxiliando o processo de resiliência dos envolvidos.

Palavras-chave: Psicologia. Idoso. Social. CRAS

Introdução

A proposta de um estágio de 160 horas com experiência “in loco” na instituição onde o realizamos é um diferencial e toda a movimentação realizada nesse projeto visa nossa constituição como profissionais, mas, além disso, traz um aspecto informativo de como é a atuação da instituição ao qual podemos fazer visitas e acompanhar suas atividades, O CRAS (Centro de Referência e Assistência Social) tem como principal objetivo prevenir situações de risco e vulnerabilidades sociais e faz isso através do desenvolvimento de potencialidades, aquisições, transmissão de informações e o fortalecimento de vínculos familiares, oferecendo um serviço continuado de proteção e assistência social às famílias, diferentes grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Dado o contexto de projeções sociais cabe ressaltar que a Psicologia entra trazendo um papel importante ao modelo de atuação das entidades de políticas públicas, sabendo que entender e estar empático quanto a realidade dos outros é importante, podemos dizer que é importante o aspecto psicológico do meio comunitário estar saudável e favorecido, se existe a real intenção de melhora.

Nesse estudo especificamente, o público ao qual vamos dedicar nosso foco é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos, tal qual frequenta o ambiente toda sexta-feira e que lá realiza atividades de diversas naturezas, jogos, participação em palestras, movimentos de socialização, além do contexto de sociabilização o CRAS oferece suporte aos integrantes do grupo de idosos tanto em aspecto psicossociais, quanto em prol das necessidades básicas, visitas de busca ativa e reconhecimento são realizadas semanalmente em busca de se atualizar quanto a situação dos frequentadores e de suas famílias e em caso de alguma intervenção se fazer necessária a coordenação se faz presente nessas visitas pra compreender e agilizar os processos.

Procuramos nessa oportunidade de estágio a possibilidade de nos aperfeiçoarmos quanto a nossa formação profissional, entendermos como funciona o trabalho e a organização do ambiente de estágio e por fim encontrar de perto a realidade vivida pelos idosos.

É uma realidade inegável que os idosos são deixados de lado no contexto social dos tempos atuais, ter um local e uma equipe que engrandeçam suas histórias e lhes deem a oportunidade de se expressarem, se torna uma maneira de fornecer revitalização de suas energias e fortalecimento de suas presenças como pessoas que tem histórias e ensinamentos a compartilhar.

Fundamentação teórica

No Brasil, a Psicologia Social cresceu em meio às conturbações políticas e sociais internas. Cresceram, também, nas empresas e nas instituições brasileiras, as práticas de dinâmica de grupo e de intervenção psicossociológicas que privilegiavam as relações interpessoais, empresariais e/ou terapêuticas. Houve ainda um crescente aumento no número de cursos de psicologia criados no país (ARAUJO, 2008).

A década de 1960 também foi importante para a Psicologia pela conquista de sua autonomia e pelo reconhecimento da profissão de psicólogo regulamentada pela Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que estimulou a criação de novos cursos, assim como consolidou o ensino da Psicologia nos cursos superiores. Dessa forma, ocorreu o desenvolvimento da produção psicossocial, principalmente em relação a disciplinas, como “Dinâmica de Grupo e Relações Humanas”, “Seleção e Orientação Profissional” e “Psicologia da Indústria”, além da obrigatoriedade da “Psicologia Social” (ARAUJO, 2008).

A expressão *psicologia da comunidade* começou a ser usada nos anos 90, com uma ampliação dos trabalhos dos profissionais de Psicologia a diversos setores da população adotando diferentes práticas e referenciais teóricos e traduziu uma inserção da Psicologia em algumas instituições, com o objetivo de democratizar e de aumentar a oferta de serviços para a população em geral. Nessas instituições, o que aconteceu foi um atrelamento da profissão à área de saúde, já que os psicólogos deviam ser trabalhadores sociais dentro dessa área, muitas vezes respondendo aos problemas da saúde coletiva (GONÇALVES, 2012).

Dessa forma, o compromisso social na psicologia pode assumir conotações variadas, cabendo o esclarecimento de com quem e de que forma ele é firmado. Assim, entendemos que o discurso de compromisso social da Psicologia deve estar articulado com uma prática coerente com tal propósito (SENRA, 2012).

As políticas públicas de assistência social

As políticas de Publicas de assistência social aplicadas atualmente em prol do melhor desenvolvimento de potencialidades e fortalecimento das vulnerabilidades, tem sua história marcada por diferentes situações, seu início é marcado pelas revoluções industriais e a necessidade de uma maior organização e acessibilidade dos benefícios sociais em todo âmbito comunitário (EN COMUNIDADES p. 686-699, 2009).

As políticas sociais têm suas origens relacionadas ao desenvolvimento das primeiras revoluções industriais, no século XIX, quando o Estado se organiza para responder às demandas sociais produzidas pelo sistema capitalista. Höfling (2001, p. 31), ao definir políticas sociais, explica que estas “se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (EN COMUNIDADES p. 686-699, 2009).

A Lei de nº 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) tem como intuito diminuir as desigualdades sociais através de programas e serviços, fazendo com que as pessoas que se encontram em situações de miserabilidade sejam incluídas na sociedade. Visando que a assistência social é um direito do cidadão e um dever do estado que por meio de ações públicas tem de garantir a diminuição da desigualdade social. A partir do LOAS foi criado o Sistema Único de Assistência

Social(SUAS) em 15 de julho de 2005 pela Resolução nº 130 do Conselho Nacional de Assistência Social(CNAS), que aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social(NOB/SUAS) sendo gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome(MDS). O SUAS pode ser definido como uma forma de “dirigir” a assistência social, com a finalidade de estar ampliando o sistema de bem estar social (BRASIL, 2005).

O CRAS é uma unidade de Proteção Social Básica do SUAS, que tem o objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais, por meio do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, desenvolvimento de potencialidades e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Por sua vez, os serviços do SUAS que são de caráter preventivo, protetivo e proativo, podem ser ofertados diretamente no CRAS, desde que tenha o espaço físico e a equipe necessária. Se diferenciando dos demais, o CRAS possui a função de oferta pública do trabalho social com famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família(PAIF). O trabalho com essas famílias é desenvolvido pela equipe do CRAS auxiliado pela equipe técnica, sendo exclusiva do poder público e não de entidades privadas (BRASIL, 2009).

O CRAS desenvolve diferentes atividades em busca de realinhar parâmetros sociais, algumas delas são:

- Visitas domiciliares e entrevistas familiares com o intuito de reconhecimento de realidades sociais;
- Palestras voltadas para a comunidade com caráter informativo e elucidador;
- Criação de material buscando capacitação e inserção produtiva no mercado de trabalho;
- Criação de oficinas de convivência e fortalecimento de vínculos para famílias, seus membros e indivíduos; visando capacitação e cuidados;
- Campanhas socioeducativas;
- Encaminhamento de famílias e seus membros caso haja necessidade de auxílio psicológico ou assistencial.
- Reuniões e ações comunitárias (TÉCNICAS, 2009).

O PAIF tem a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, o fortalecimento de vínculos, promover o acesso e usufruto de direitos e contribuir para a melhoria de qualidade de vida. Ele teve como antecedentes o Programa Núcleo de Apoio à essa proposta com a criação do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) (DADALTO, 2014).

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos

De acordo com BRASIL, (2015) O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS, ofertado pelo CRAS que complementa o trabalho social com as famílias do PAIF e PAEFI. Sendo um serviço socioassistencial e socioeducativo de caráter preventivo, o SCFV realiza atendimentos em grupos, prestando apoio afetivo a crianças, adolescentes e idosos vulneráveis, ou prevenindo situações de vulnerabilidade.

O SCFV possui três eixos norteadores: Convivência social, Direito de ser e Participação social.

Convivência social: Ações e atividades desse eixo devem estimular o convívio social e familiar. A ação de conviver em companhia de outro ou de outros, voltando-se ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Existem sete sub eixos relacionados ao eixo de convivência social, que são: capacidade de demonstrar emoção e ter autocontrole, capacidade de demonstrar cortesia, capacidade de comunicar-se, capacidade de desenvolver novas relações sociais, capacidade de encontrar soluções para os conflitos do grupo, capacidade de realizar tarefas em grupo e capacidade de promover e participar da convivência social em família, grupos e território.

Direito de ser: Este eixo está ligado ao direito de pertencer e ter o sentimento de pertença a um determinado grupo ou classe social. Busca sua identidade no seu local de convívio, estimula o exercício da infância e da adolescência. Tem como sub eixos: direito a aprender e experimentar, direito de brincar, direito de ser protagonista, direito de adolecer, direito de ter direitos e deveres, direito de pertencer, direito de ser diverso, direito à comunicação.

Participação: Tem como foco estimular a participação dos integrantes nos diversos espaços da vida pública, a começar pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, passando pela família, comunidade e escola, tendo em mente o seu desenvolvimento como sujeito de direitos e deveres. Tem como sub eixos: participação no serviço, participação no território, participação como cidadão, participação nas políticas públicas.

A partir desses eixos, nos encontros dos grupos, podem ser realizadas atividades de esporte, lazer, arte e cultura, estudos, reflexões, debates, experimentações, visitas a equipamentos institucionais públicos ou privados do território/ou fora dele e ações na comunidade entre outros.

Conforme Brasil (2012), existem também três eixos estruturantes voltados para as pessoas idosas do SCFV, são eles: Convivência Social e Intergeracionalidade, Envelhecimento Ativo e Saudável e Autonomia e Protagonismo.

Convivência Social e Intergeracionalidade: Esse eixo estimula vivências coletivas, estar em grupo e em relação com o outro, fortalece vínculos familiares e comunitários e previne o isolamento. É um eixo que tem grande importância pois serve de base para todas as atividades a serem desenvolvidas.

Envelhecimento Ativo e Saudável: Traz a concepção do direito de envelhecer com dignidade. É por meio desse eixo que o SCFV para pessoas idosas é estruturado de modo que proporciona uma vivência da velhice de maneira integrada, ativa e saudável. É utilizado em atividades que tratam do processo de envelhecimento, de ser uma pessoa idosa, debates que permitam ressignificar experiências, desenvolver habilidades e capacidades.

Autonomia e Protagonismo: Tem o objetivo de fortalecer e desenvolver a autonomia e independência. Esse eixo é base para atividades que potencializem a capacidade de escolha e decisão, valoriza experiência de independência, fortalece a autoestima, a identidade, o sentimento de liberdade e a sensação de domínio e controle sobre a própria vida. Estes eixos visam planejar e organizar os serviços de modo que as atividades sejam desenvolvidas de maneira integrada e orgânica, proporcionando situações criativas e desafiadoras (BRASIL, 2012).

Conforme a obra de Silva (2015), considerando a necessidade de reformulação da Portaria Nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que Institui a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto para readequação de suas normas e diretrizes, e para consolidar a modalidade de Atenção domiciliar cria-se a portaria nº 2.527, em 27 de outubro de 2011 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual foi revogada pela atual portaria 963, de 27 de maio de 2013 (1). A Atenção Domiciliar tipo1 (AD1), segundo a definição da Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS, é uma modalidade de assistência que é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) que devem realizar visitas regulares no domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Além disso, se necessário, às equipes deverão contar com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades e de reabilitação, com a finalidade de responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a

realização das atividades da vida diária (2). No bojo da política de atenção à Saúde do idoso, espera-se que as ações de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) junto a esses usuários, no dia a dia dos cuidadores subsidiem lhes as dificuldades no cuidado ao idoso no domicílio, sobretudo nas ações de apoio e educação segundo a perspectiva teórica de Doroteia Orem, em situações tais como a de falta de conhecimento seja para realizar o cuidado resultante de uma necessidade orgânica ou de uma necessidade emocional.

O envelhecimento populacional, marcado pelo progressivo aumento da população de idosos em relação à população total é um fenômeno mundial, evidente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, como em outros países, as modificações no padrão etário da população, sobrevieram, principalmente a partir da década de 80, quando a pirâmide populacional tipicamente triangular de base alargada inicia um processo de transformação para uma de base estreita de vértice largo, caracterizando uma sociedade em processo acelerado de envelhecimento. E como esse fenômeno ocorre de forma acelerada, rapidamente ganha importância na agenda de políticas social (DA SILVA, 2015).

Procedimentos Metodológicos

Este estudo traz nossas visões em formas de relato de experiência, a identificação de fatores determinantes para a efetivação dos objetivos do CRAS, observou aspectos pessoais e motivacionais do grupo em questão que frequenta o CRAS para acolhimento, intervenções e a elaboração de projetos que atendessem suas necessidades. A população de estudo foram a de idosos do que frequentam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos no CRAS de Orleans-SC. São aproximadamente 32 idosos, 18 homens e 14 mulheres, com a faixa etária entre 60 a 90.

O primeiro ponto de pesquisa foi buscar por artigos que nos referenciassem nos rumos das políticas sociais e nos dessem noção de como o assunto é visto atualmente, para isso fizemos uma pesquisa com o sistema de busca Google Acadêmico com as seguintes palavras: Artigo, Psicologia, Social, CRAS, LOAS, o que gerou 2140 resultados, logo em seguida procuramos pelo tema especificamente utilizando a mesma ferramenta de pesquisa com essas palavras, Artigos, CRAS,

Idosos, Social, que por sua vez gerou 5080 resultados, escolhemos 14 artigos para uma base de pesquisa.

Resultados e Discussões

Dada à intenção de melhoria social e organização, fica implícita a necessidade benéfica de realmente fazer valer as propostas da Psicologia Social, tanto no passado, quanto em tempos atuais, a ideia de benefício social e auxílio das vulnerabilidades nunca se fez tão válida quanto hoje, os momentos atuais onde valores se perdem e famílias se desestruturam de seus núcleos para o meio externo, faz obrigatória a presença de instituições que sirvam de referência em criação de vínculos e que repassem informações básicas de direitos e deveres sociais. Ainda referenciando aos serviços sociais, é importante ressaltar a validade de um profissional que entenda que as vulnerabilidades vão além do aspecto físico, a presença do Psicólogo nessas instituições é um diferencial impactante na realidade da subjetividade das famílias e seus indivíduos, a definição *grupos em risco* é estendida de parâmetros físicos a parâmetros psicológicos e auxiliar em ambos é o que realmente faz a mudança nas comunidades acontecer.

O ponto de pesquisa diferencial foi à oportunidade de estarmos em local ativo, observando e participando de todo o processo e presenciarmos as atividades sócio educativas ofertadas pelo CRAS da região, suas atividades buscam atender as vulnerabilidades de parte de toda a população de 21.393 habitantes, sendo assim classificado como uma entidade de Pequeno Porte II, localizado em um local acessível, à infraestrutura conta com:

- 4 banheiros
- 1 sala social
- 1 sala de coordenação
- 1 cozinha
- 1 sala de assistência social e atendimento
- Área aberta para atividades ao ar livre
- 1 veículo para locomoção

Dentro do período inicial de estágio fomos levados a algumas visitas de acolhimento a alguns dos frequentadores do grupo em questão, notamos a felicidade deles ao encontrarem a equipe que trabalha no CRAS, o sentimento de empatia é forte, regado a brincadeiras, agradecimentos e abraços, acreditamos que o serviço

prestado é mais como uma reativação dos momentos familiares, dada a socialização da equipe e dos frequentadores entre si, além do intuito de acompanhamento das visitas, outras necessidades podem ser verificadas, como a necessidade de algum auxílio quanto aos parâmetros de saúde e caso seja positiva a equipe *faz a ponte* dando informações e avisos aos outros órgãos públicos de serviços sociais.

Quanto à experiencição nossas visitas ao CRAS nos proporcionaram diferentes encontros com diversas realidades, além dos encontros com os idosos, acompanhamos visitas ativas, participamos de atividades e podemos ver registros de atividades anteriores.

Em nosso primeiro encontro, coincidentemente era o dia de retorno das atividades do grupo de idosos, atividades essas agora estabelecidas para acontecerem a cada 15 dias, a coordenadora optou por fazer uma reunião de acolhimento, com todos os integrantes bem recebidos e acomodados, a primeira fala foi a de iniciar mais um ano juntos e buscar fortalecer os laços de amizade ali criados, foi aplicada uma dinâmica de repetição de gestos em que cada dupla de participantes tornariam-se respectivamente espelho um do outro, imitando seus gestos e também a retomada de uma brincadeira infantil, *o telefone sem fio*, com intenção de interação e de alegrar o ambiente. Ao final de cada encontro sempre é servido um lanche de preparações variadas, mas sempre muito saudável, vista a preocupação com a alimentação benéfica dos integrantes.

Nesse primeiro momento, a segurança de acolhida tem lugar privilegiado no desenvolvimento do Serviço, devendo ser a meta desse primeiro percurso: acolher as necessidades dos usuários, respeitando as características individuais e as diferenças, conhecendo as expectativas diante do serviço, informando e esclarecendo os propósitos do grupo (BRASIL, 2012).

No encontro seguinte tivemos a oportunidade de realizar uma dinâmica que como objetivo principal tinha o resgate da autoestima dos integrantes, foi utilizado um chapéu com um espelho fixado em seu fundo, inicialmente era dito que havia uma foto de uma pessoa que estava presente na sala e então que gostaríamos que o integrante que recebesse o chapéu, o retirasse e dissesse o porquê aquela pessoa é importante, as resposta vindas depois da surpresa do reflexo, eram norteadas por falas ressaltando a trajetória de trabalho, vida e determinação em estar ali presentes e convivendo com amigos. Finalizamos o encontro com uma fala que ressaltasse a

importância de olharmos nosso reflexo e nos empoderarmos, gostarmos mais de nós mesmos.

O terceiro eixo descrito nas orientações técnicas do serviço de fortalecimento de vínculos estruturante do Serviço, denominado de Autonomia e Protagonismo, objetiva fortalecer o processo de autonomia e independência da pessoa idosa e seu protagonismo social. É com base nesse eixo que o Serviço busca desenvolver a autonomia da pessoa idosa, por meio de situações que proporcionem a realização de atividades que potencializem sua capacidade pessoal de produção, de escolha e decisão, valorizando experiências de independência, fortalecendo a autoestima, a identidade, o sentimento de liberdade e a sensação de domínio e controle sobre a própria vida (BRASIL, 2012).

Seguindo a frequência dos encontros em um novo momento, a equipe do CRAS conseguiu a presença de dois cantores da região para animar uma das tardes no grupo, o repertório baseava-se em músicas populares na região, conhecidas como *Modas*, esse momento alegrou os integrantes, que cantaram junto, alguns até arriscaram uns passos de dança, acreditamos que esse momento reviva memórias e traga sensações agradáveis, pois música é uma das artes que integra o mundo.

Entretanto, não existem respostas simples para explicar porque a música provoca determinadas reações nos indivíduos. Há um toque de “magia” na maneira como ela os afeta, decorrente não só de como os sons são arrançados, mas do ritmo, da sonoridade e de outros elementos que compõem essa forma de comunicação não verbal. Há estados afetivos e fisiológicos alterados pela sua presença e as explicações dos idosos para tudo isto parecem ir em duas direções distintas: uma estaria ligada a algo etéreo, mágico, divino, outra prende-se ao orgânico, biológico, palpável (DE JESUS MIRANDA, GODELI, 2002).

Dando continuidade aos encontros, foi proporcionado a dinâmica da Caça ao Tesouro para os idosos mais flexíveis que tem uma disponibilidade maior para caminharem sozinhos. Para os idosos com dificuldades físicas que precisam de um auxílio para levantar-se e caminhar, foi aplicado a dinâmica do Jogo do Adivinha.

Na Caça ao Tesouro foram espalhados pelo CRAS onze pistas. Onde num primeiro momento dado a primeira pista, eles acabaram encontrando todas de uma vez só. Explicado a dinâmica novamente, os idosos foram seguindo as pistas conforme as regras explicadas. Temos essa dinâmica como prol da atividade física e

do raciocínio lógico, fazendo com que os idosos se movimentem e consigam decifrar, entender e encontrar as pistas. Já a dinâmica do Jogo do Adivinha para os idosos com maior dificuldade de se locomover, foi feito por meio de imitações de cinco animais. Para os idosos acertarem o animal imitado naquele momento e ganhar um ponto, eles não teriam que falar o nome e sim imitar o som que o animal emitia. Essa dinâmica também serve para o raciocínio lógico.

O envelhecimento está relacionado ao declínio cognitivo. A cognição ativa do idoso é importante para sua autonomia e funcionalidade (Fernandes, 2014). Ambas as dinâmicas foi dado em premiação uma cesta com alimentos naturais e propício para os idosos.

Considerações Finais

Podemos concluir diante as vivências relatadas que fomos muito bem recepcionados pela equipe do CRAS, tendo uma total atenção, as dúvidas esclarecidas e o auxílio necessário. É uma equipe muito acolhedora. O CRAS é um local de fácil acesso, onde não tivemos nenhum tipo de empecilho que dificultasse nossos momentos no estágio, apenas um pequeno atraso para dar início ao estágio devido a troca de gestão da cidade. Tivemos também uma recepção muito calorosa pelo grupo dos idosos. Conseguimos observar brevemente um pouco de suas histórias, e suas trajetórias de vida. Diante dos encontros eles se mostraram motivados e entusiasmados com a nossa presença e com as dinâmicas aplicadas, dando apenas o pesar das aulas serem quinzenais e não semanais.

Como nosso objetivo é atuar de forma benéfica no grupo dos idosos, essa limitação nos horários acaba por diminuir nossas chances de interação. Podemos perceber também a importância do CRAS para o grupo, as visitas, as atividades em grupo, os momentos de acolhimento, fazendo com que os idosos saiam de sua rotina para uma rotina de vida social levando mudança e aprendizado para suas vidas. O idoso que cuida de sua saúde física ou mental tende a proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Visando a experiência totalizada, fica claro que os momentos em que existe auxílio do CRAS e das políticas públicas visando o benefício biopsicossocial dos frequentadores, realmente são efetivos e congruentes com a realidade dos idosos. Finalizamos esse período de estágio satisfeitos com a experiência e gratos pelas novas amplitudes que adquirimos sobre os sistemas de auxílio social.

Referências

ARAÚJO, Márcia Antonia Piedade. **A Psicologia Social no Brasil: um pequeno resgate**. 2008. <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/ARAÚJO-Psicologia-Social-no-Brasil.pdf> acesso em 10/05/17 às 15h35m.

BRASIL. **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome**, 2009.

_____. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, Secretaria Nacional de Assistência Social Departamento de Proteção Social Básica, Brasília – DF, 2015. http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_230315.pdf acesso em 15/05/17 as 22h45m.

_____. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**, Norma Operacional Básica NOB/SUA, novembro de 2005.

_____. Presidência da República, **Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993.

DADALTO, Rafael Zanco. **Assistência social como política pública: análise dos programas assistenciais da União**. 2014. http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/6041/1/PB_GP_IV_2014_26.pdf acesso em 17/05/17 às 21h18m.

DA SILVA, Monalisa Claudia Maria et al. Cuidador familiar idoso: uma condição da atualidade. In: _____ **Convención Salud 2015**. <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1139/534> acesso em 23/05/17 às 17h15m.

DA SILVA, Janaína Vilares; CORGOZINHO, Juliana Pinto. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/viewFile/3351/2006>. Acesso em: 20/05/17 às 16h12m.

DE JESUS MIRANDA, Maria Luiza; GODELI, Maria Regina C. Souza. Avaliação de idosos sobre o papel e a influência da música na atividade física. **Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 86-99, 2002. Acesso em 25/05/17 às 20h45m.

EN COMUNIDADES, Diálogos Sobre Actuaciones. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 686-699, 2009.

FERNANDES, Sara Isabel Diegues. **Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados**. 2014. Tese de Doutorado.

GONÇALVES, Mariana Alves; PORTUGAL, Francisco Teixeira. Alguns apontamentos sobre a trajetória da Psicologia social comunitária no Brasil. **Psicol. ciênc. prof.**, v. 32, n. spe, p. 138-153, 2012.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=656068&indexSearch=ID>
acesso em 22/05/17 às 21h45m.

JACO-VILELA, Ana Maria; DEGANI-CARNEIRO, Filipe; OLIVEIRA, Dayse de Marie. A formação da psicologia social como campo científico no Brasil. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 526-536, Dec. 2016.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000300526&lng=en&nrm=iso acesso em 22/05/17 às 22h36m.

SENRA, Carmem Magda Ghetti et al. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 293-299, 2012.

<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/05> acesso em 25/05/17 às 16h38m.

TÉCNICAS, Orientações. Centro de Referência de Assistência Social-CRAS. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília**, 2009.

<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/Centros%20de%20Referência%20da%20Assistência%20Social%20-%20CRAS%20materializações%20e%20contradições%20da%20Política%20Nacional%20de%20Assistência%20Social.pdf> acesso em 25/05/17 às 20h17m.

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA MULHERES COM DOR E/OU REDUÇÃO DA FERTILIDADE ASSOCIADAS À ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Thaise Ribeiro Cardoso ¹; Fabrício Eládio Felisbino²; Cláudio Sérgio da Costa³; Ana Paula Bazo⁴

¹Acadêmica egressa do Curso de Farmácia do UNIBAVE. E-mail: thaise1104@hotmail.com

²Docente do UNIBAVE. E-mail: fabriciofelisbino@gmail.com.

³ Docente do UNIBAVE. E-mail: claudio@unibave.net

⁴ Docente do UNIBAVE. E-mail: apbazo@gmail.com

Resumo: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. É uma patologia, ainda sem cura definitiva, mas existem formas de tratamento para o alívio dos sintomas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo relatar as opções de tratamento para dor e/ou redução da fertilidade associadas à endometriose, a partir de uma revisão sistemática da literatura. Para isso, uma coleta de dados foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde, sendo selecionados 16 estudos. Vários trabalhos mostraram um efeito positivo da cirurgia laparoscópica para alívio dos sintomas e sobre as taxas de fertilidade. Com relação ao tratamento farmacológico sua grande valia se dá no tratamento da dor pélvica. Apesar de existirem poucos artigos científicos voltados à aplicação de técnicas não farmacológicas, algumas estratégias, tais como acupuntura e tratamento psicológico têm tido bons resultados.

Palavras-chave: Endometriose. Tratamento. Dor. Infertilidade.

Introdução:

A endometriose é uma doença crônica, inflamatória, estrogênio-dependente que ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina (PODGAEC, 2014). É uma das afecções benignas mais comuns nas mulheres, em todos os grupos étnicos e sociais (CROSER et al., 2010).

A maioria das portadoras apresenta sintomas, em diferentes intensidades, sendo os principais: dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia (ato sexual doloroso), sintomas intestinais e urinários cíclicos, como dor ou sangramento ao evacuar/urinar durante o período menstrual (BELLELIS et al., 2010).

Embora a prevalência exata seja desconhecida, porque procedimentos invasivos são necessários para confirmar o diagnóstico (GERLINGER et al., 2012), alguns estudos apontam uma prevalência de até 20% das mulheres em idade

reprodutiva e que de 30 a 50% das mulheres inférteis apresentam endometriose (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Atualmente, a endometriose ainda é uma patologia sem cura definitiva, mas que, dependendo da gravidade da doença existem diversas formas de tratamento igualmente efetivo no alívio dos sintomas (CALDEIRA et al., 2008). O tratamento clínico da dor nas pacientes com endometriose deve ser pautado nas manifestações morfológicas distintas. Cada apresentação demonstra resposta diferente aos tratamentos disponíveis que, por isso, devem ser individualizados (PODGAEC, 2014).

Com base nas informações anteriormente dispostas foi elaborada a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais são as opções de tratamento para dor e/ou redução da fertilidade associadas à endometriose?

A fim de responder o problema de pesquisa, o objetivo geral do estudo foi relatar as opções de tratamento para dor e/ou redução da fertilidade associadas à endometriose, a partir de uma revisão sistemática da literatura.

Para que o objetivo geral fosse alcançado, foram delineados os seguintes objetivos específicos: descrever a etiopatogenia da endometriose; identificar e descrever os tratamentos farmacológicos, as intervenções cirúrgicas e as terapias complementares disponíveis, atualmente, para dor e/ou redução da fertilidade associadas à endometriose e apontar quais os tipos de tratamentos são mais efetivos para dor e redução da fertilidade associada à endometriose.

Nesse contexto, a pesquisa apresenta uma abordagem atual e detalhada do tratamento da endometriose, o que poderá contribuir com o conhecimento dessa patologia, tanto para os profissionais da saúde, como para a população em geral, especialmente às portadoras de endometriose. Ressaltando-se que o tratamento precoce pode minimizar as chances de recidiva e favorecer a qualidade de vida.

Procedimentos Metodológicos

A presente pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa e em relação aos objetivos gerais foi realizada uma pesquisa descritiva e no que se refere aos procedimentos técnicos classifica-se como bibliográfica.

Para atender o primeiro objetivo específico que é descrever a etiopatogenia da endometriose foi feita uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos da área. Já para os demais objetivos, os dados foram coletados a partir de uma revisão sistemática da literatura.

A revisão sistemática é um sumário de evidências provenientes de estudos primários conduzidos para responder uma questão específica de pesquisa. Utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reproduzível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados no presente estudo foi realizada em agosto de 2016 através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as seguintes palavras chaves: endometriose e tratamento, presentes nos resumos, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de julho de 2016.

Para a seleção das publicações identificadas pelos métodos acima, um dos critérios de inclusão foram as publicações que tinham acesso livre para acesso. Foram excluídas as publicações que não se adequassem ao tema proposto.

Inicialmente foram encontrados 39 (trinta e nove) artigos científicos, sendo que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram descartados 23. Desse modo, foram selecionados 16 estudos que avaliaram os tratamentos para dor e/ou redução da fertilidade associadas à endometriose. Os principais dados coletados nessa pesquisa estão apresentados e discutidos nesta revisão.

Resultados e Discussão

Etiopatogenia da endometriose e sintomas associados

A endometriose é a presença de tecido endometrial ectópico em um local fora do útero. Normalmente atingem locais, em ordem descendente de frequência: (1) ovários; (2) ligamentos uterinos; (3) septo retovaginal; (4) fundo de saco; (5) peritônio pélvico; (6) intestinos grosso e delgado e apêndice; (7) mucosa do colo uterino, vagina e tubas uterinas e (8) cicatrizes de laparotomia. É um distúrbio que afeta principalmente mulheres de vida reprodutiva ativa. Os sintomas mais difíceis de lidar por quem é atingido pela endometriose são infertilidade, dismenorreia e a dor pélvica (ELLENSON; PIROG, 2016).

A patogenia da endometriose ainda não é totalmente compreendida. Conforme Berbel, Podgaec e Abrão (2008), as hipóteses mais relatadas pela literatura para explicar a etiopatogenia da endometriose são a da **metaplasia celômica** que afirma que o mesotélio da pelve ou abdômen poderia se transformar em tecido endometrial ainda no período embrionário, o que explicaria o implante ectópico em áreas extrauterinas e da **menstruação retrógrada** em que há o refluxo menstrual pelas

trompas até a cavidade abdominal, e lá o endométrio poderia se instalar causando a doença. Enfatiza-se que, atualmente, as mulheres estão propensas a uma menarca mais precoce, menor número de gestações e cada vez mais tardias, o que implicaria em maior número de menstruações e, portanto, maior exposição à menstruação retrógrada (MARQUI, 2014).

Os focos de células endometriais são estimulados por hormônios ovarianos e se implantam em diversos locais com já relatado anteriormente, desenvolvendo um suprimento vascular capaz de possibilitar o seu crescimento no local em que o tecido se implantar (CARDOSO et al., 2011).

Os fragmentos de endométrio se implantam principalmente nos locais destacados na figura 2, pois há uma associação de ambiente hormonal favorável a fatores imunológicos, os quais não seriam capazes de eliminar as células endometriais nessas regiões (MARQUI, 2014).

Perez (2015) cita ainda uma terceira teoria: **propagação linfática ou vascular**, desenvolvida com o intuito de explicar a presença da endometriose em sítios distantes (p. ex., ossos, pulmão e cérebro).

Através de análises moleculares também pode-se compreender a patogenia da endometriose mais claramente, pois os implantes endometrióticos mostram certas diferenças quando comparados ao endométrio de mulheres saudáveis. Em mulheres com endometriose há liberação de fatores pró-inflamatórios, incluindo prostaglandina E₂ (PGE₂), interleucina 1-beta (IL-1 β), fator de necrose tumoral-alfa (TNF α), interleucina 6 e 8 (IL-6 e -8), fator de crescimento nervoso (NGF), fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), proteína quimiotática de monócitos 1 (MCP-1), metaloproteinases de matriz (MMPs) e inibidor tecidual de metaloproteinase (TIMPs). Há um aumento na produção de estrogênio pelas células estromais endometrióticas devido aos altos níveis de aromatase (enzima-chave esteroideogênica). O estrogênio, por sua vez, aumenta a persistência de implantes endometrióticos. Nesse sentido, os inibidores da aromatase são benéficos no tratamento da endometriose. A inflamação também tem relação direta com a produção de estrogênio e é sugerida pela capacidade de estimulação da síntese local desse hormônio pela prostaglandina E₂ (ELLENSON; PIROG, 2016).

A teoria das células tronco é uma ideia recente que propõe que as células-tronco/progenitoras da medula óssea se diferenciam em tecido endometrial (ELLENSON; PIROG, 2016).

O sistema imune também já tem sido bastante estudado nessa doença já que, teoricamente, as células do endométrio que se implantam fora do seu local habitual de desenvolvimento deveriam ser fagocitadas ou destruídas por células de defesa do organismo. Com a disfunção do sistema imune ocorre uma redução da citotoxicidade de macrófagos e células *natural-killer*, além da liberação de interleucina 6 e 8, que promovem a expressão de fatores de crescimento endotelial e epitelial facilitando a implantação das células descamadas (PEREZ, 2015). Em mulheres afetadas, a varredura dessas células não deve ocorrer de forma eficiente, o que permite o desenvolvimento da endometriose (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008).

Quanto à classificação da endometriose, esta pode ser feita de acordo com os critérios da *American Society for Reproductive Medicine (ASRM)*, levando-se em conta a profundidade dos implantes e os tipos de aderência no tubo ovariano, dependendo do estágio em que a doença se encontra. Sendo assim, a endometriose pode ser estágio I (mínima), estágio II (leve), estágio III (moderada) e estágio IV (severa) (CARDOSO et al., 2011).

Resultados da revisão sistemática

No quadro 1 e gráfico 1 apresenta-se um resumo da revisão sistemática realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com os termos endometriose e tratamento. Como se pode observar no quadro 1, o maior número de artigos trata das temáticas tratamento cirúrgico e farmacológico.

Quando os 16 artigos selecionados foram distribuídos por ano da pesquisa (2007 – 2016), verifica-se que o maior número de artigos (4) foi publicado no ano de 2011, seguido por 2010 e 2012 com três artigos publicados em cada um desses anos (gráfico 1).

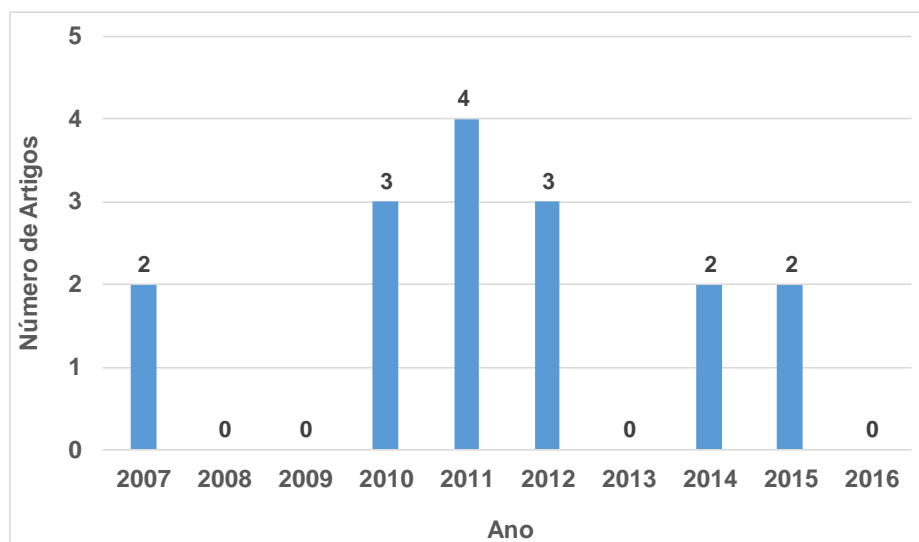
Quadro 1 -Distribuição dos artigos selecionados por temática

Temática	Nº de Artigos	Distribuição	Citações dos artigos
Tratamento cirúrgico*	8	53,3%	MARQUI, 2015* KONDO et al. 2012 KONDO, ZOMER; AMARAL, 2011 MATEUS; MINSON; LEDO, 2010 CROSERÁ et al. 2010* COSTA et al. 2010 MAIOR et al. 2007 MARQUI, 2014a*
Tratamento farmacológico*	7	46,7%	MARQUI, 2015* PEREZ, 2015 BAHAMONDES; CAMARGOS, 2012 MONTEIRO, TAMBELLINI; SANTOS, 2012 PELOGGIA; PETTA, 2011 CROSERÁ et al. 2010* MARQUI, 2014a*
Terapias complementares	4	26,7%	LORENÇATTO et al. 2007 NOGUEIRA NETO et al. 2011a NOGUEIRA NETO et al. 2011b MARQUI, 2014b

*Três dos quinze artigos selecionados foram utilizados tanto para revisão do tratamento farmacológico quanto para o tratamento cirúrgico.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Gráfico 1 – Distribuição por ano dos artigos selecionados.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico da endometriose tem o objetivo de retirar o máximo possível das lesões macroscópicas e restabelecer a anatomia da pelve com alívio da

dor em mais de 50% das pacientes (MARQUI, 2015). É indicado para confirmar o diagnóstico da doença e para manejar as pacientes que não respondem ao tratamento clínico (KONDO et al., 2012).

A laparoscopia consiste na excisão das lesões, é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, e tem vantagens quando comparada à laparotomia, como menor perda de sangue e redução do tempo de recuperação pós-operatória, além disso permite o tratamento imediato das alterações diagnosticadas (COSTA et al., 2010; MAIOR et al, 2007; MATEUS; MINSON; LEDO, 2010). A mesma pode ser realizada com eletrocauterização ou destruição a laser dos implantes endometrióticos para melhorar a fertilidade (CROSERÁ et al., 2010).

Utilizada também como método diagnóstico de endometriose, a laparoscopia é considerada padrão ouro para tal finalidade, uma vez que permite visualização direta dos implantes e seu estudo histológico, a partir de biópsias realizadas. Outras técnicas também permitem o diagnóstico das lesões de endometriose, dentre elas a ultrassonografia e a ressonância magnética. No entanto, estes métodos são limitados em relação à identificação das lesões mais profundas (CROSERÁ et al., 2010).

A gravidade de todos os tipos de dor pode ser diminuída após a cirurgia, bem como a prevalência de tal, demonstrando assim a eficácia da cirurgia para o alívio da dor, e, conseqüentemente, para a qualidade de vida de mulheres com endometriose (MARQUI, 2014a; 2015).

Os estudos ainda são inconclusivos com relação ao efeito da cirurgia laparoscópica sobre as taxas de fertilidade. Kondo, Zomer e Amaral (2011) citam um estudo de Busacca et al (1996), o qual avaliou mulheres com doença moderada a severa submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico. As taxas de fertilidade dessas pacientes tiveram uma melhora notável, porém a taxa de fecundidade mensal ainda permaneceu baixa.

Ainda citando o artigo de revisão de Kondo, Zomer e Amaral (2011), discute-se que a remoção cirúrgica dos focos de endometriose parece melhorar a fertilidade significativamente nos primeiros meses após o procedimento. No entanto, se a paciente não engravidar num período mais prolongado após o procedimento cirúrgico, deve-se considerar uma reoperação ou tentar fertilização *in vitro*. A probabilidade de concepção através da fertilização *in vitro* é maior quando comparada com a reoperação. No entanto, se a paciente tem tanto infertilidade quanto dor pélvica, o novo procedimento cirúrgico pode ajudar no tratamento de ambas as condições.

Tratamento farmacológico

Existem várias modalidades farmacoterapêuticas para a dor, associada à endometriose, entre elas os anticoncepcionais orais combinados (ACO), os anti-inflamatórios não hormonais, progesteronas, análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) entre outros (MARQUI, 2014a; 2015).

Entre os métodos hormonais, os anticoncepcionais orais combinados, com a administração de forma contínua, reduzem a escala de dor, sendo considerados tratamento de primeira linha devido à segurança em longo prazo, efeito contraceptivo e controle do ciclo menstrual, além de ser de baixo custo. O mecanismo de ação do ACO se dá pela supressão da atividade ovariana e inibição da produção de prostaglandinas, mediada por estrogênio, proporcionando um efeito anti-inflamatório. No entanto, é importante destacar que pacientes que usam anticoncepcionais têm maior risco de apresentar fenômenos tromboembólicos, principalmente quando associado ao tabagismo (PEREZ, 2015).

Os análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (acetato de goserrelina, acetato de leuprolide, pamoato de triptorrelina) levam à interrupção do ciclo de estimulação do tecido endometrial e criam um ambiente hipoestrogênico, o que possibilita, muitas vezes, a regressão da endometriose, uma vez que esse tecido é receptivo e dependente do estrogênio. Dessa forma, há muitos estudos que apoiam o uso dos análogos do GnRH como primeira escolha para tratamento dessa doença (CROSER et al., 2010). No entanto, os efeitos colaterais limitam a sua utilização, por no máximo seis meses, dentre esses estão: ondas de calor, ressecamento vaginal, diminuição da libido, depressão, irritabilidade, fadiga e desmineralização óssea (MARQUI, 2015; MONTEIRO; TAMBELLINI; SANTOS, 2012).

Guzick et al. 2011 (apud PELOGGIA; PETTA 2011) que compara o uso de contraceptivos orais aos análogos do hormônio liberador de gonadotrofina, os resultados mostram que ambos apresentaram uma melhora significativa nos sintomas algícos de pacientes com endometriose, porém os anticoncepcionais apresentam menos efeitos colaterais.

Outro medicamento que tem se mostrado eficaz é o danazol, o qual promove indução de uma pseudomenopausa e elimina a liberação de gonadotrofinas, (MONTEIRO; TAMBELLINI; SANTOS, 2012). No entanto, essa droga também tem uso limitado devido aos efeitos androgênicos adversos, tais como alterações no metabolismo lipídico, aumento de peso, edema, acne, ressecamento vaginal,

toxicidade hepática, atrofia de mama, alteração da voz, hirsutismo (aparecimento de pelos) e pele oleosa (MARQUI, 2015). Além desses efeitos, há descrição de teratogenicidade para o danazol, por isso deve ser administrado juntamente com um contraceptivo eficaz (PEREZ, 2015).

O dienogeste é uma nova opção hormonal de tratamento, trata-se de um progestágeno derivado do C-19-Nortestosterona que se liga ao receptor de progesterona com alta especificidade e com potente efeito de atrofia no endométrio (PEREZ, 2015). A dose efetiva de dienogeste é de 2 mg/dia no tratamento da endometriose. Não possui atividade androgênica, glicocorticoide (menor risco de tromboembolismo) ou mineralocorticoide significativa. Seus eventos adversos mais comuns são metrorragia (sangramento em intervalos irregulares), cefaleia e constipação (BAHAMONDES; CAMARGOS, 2012). Resultados do trabalho de Perez (2015) demonstraram que o uso de dienogeste, a curto e longo prazo, é significativamente eficaz na redução dos sintomas de dor pélvica associada à endometriose.

É importante ressaltar que embora o dienogeste provoque inibição completa da ovulação, como não tem adição do estrogênio, não é recomendado como único método contraceptivo. Portanto, as mulheres que não desejarem engravidar devem utilizar o dienogeste associado a outro método contraceptivo não hormonal. Por outro lado, aquelas que desejarem engravidar, a atividade ovariana retorna ao normal rapidamente (1-43 dias) após a suspensão do seu uso (BAHAMONDES; CAMARGOS, 2012).

Tem-se também como tratamento farmacológico, a administração de acetato de medroxiprogesterona de depósito, que tem apresentado evidências de controle da dor associada à endometriose, principalmente após 6 meses do início do tratamento. Seu uso é uma alternativa econômica e eficaz, porém com uma seleção criteriosa devido a seus efeitos colaterais, quando utilizado em longo prazo, tais como diminuição da densidade óssea, retenção hídrica, com conseqüente ganho ponderal (PEREZ, 2015; PELOGGIA; PETTA, 2011).

Além dos tratamentos clínicos que reduzem a atividade estrogênica, os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são utilizados no tratamento da dor pélvica crônica e dismenorreia por reduzirem o processo inflamatório. Os AINEs inibem a função das enzimas pró-inflamatórias COX 1 e COX 2, ambas responsáveis pela origem da dor. Devem ser usados com cautela, pois podem provocar efeitos gástricos,

incluindo úlcera péptica, quando administrados de forma indiscriminada (MARQUI, 2015; PEREZ, 2015).

Embora todos esses medicamentos sejam indicados e eficazes no tratamento da dor associada à endometriose, deve-se levar em consideração os efeitos adversos e investigar a satisfação do paciente com o tratamento. Recomenda-se também, informar as mulheres dos benefícios, limitações e custos de cada medicamento (MARQUI, 2014a; 2015).

Com relação ao tratamento farmacológico ainda ocorre uma discussão sobre a sua eficácia para infertilidade. Sua grande valia se dá no tratamento da dor pélvica. Não existe até o momento, provas de que apenas a terapia hormonal aumente as taxas de gravidez (MONTEIRO; TAMBELLINI; SANTOS, 2012).

É importante ressaltar também que o tratamento da infertilidade associado à endometriose depende de algumas variáveis, como idade da paciente, tempo de infertilidade, e grau de severidade da doença. O tratamento expectante pode ser considerado se a paciente for jovem com infertilidade descoberta há pouco tempo, sendo que ultimamente, o melhor tratamento para a infertilidade relacionada à endometriose, como já relatado, é a cirurgia laparoscópica, a qual apresenta como objetivos a remoção completa dos implantes e aderências e reconstituição da anatomia da pelve (CROSERÁ et al., 2010; MONTEIRO; TAMBELLINI; SANTOS, 2012).

Terapias complementares

Apesar de existirem poucos artigos científicos voltados à aplicação de técnicas não farmacológicas para controle da dor associada à endometriose, é recomendável a utilização destes métodos como recursos alternativos ao tratamento, dentre eles pode-se citar acupuntura, massagem e uso de substâncias naturais (MARQUI, 2014b).

A acupuntura é uma das ciências mais antigas e respeitadas do mundo, principalmente pelos orientais e tem sido aplicada com sucesso no tratamento da dor pélvica, infertilidade e dismenorrea e todos os sintomas frequentes em pacientes com endometriose. A massagem também é efetiva no manuseio de sintomas considerados relacionados à endometriose, como dor menstrual e dores nas pernas (MARQUI, 2014b).

Nogueira Neto et al. (2011a) realizaram um estudo em ratas com endometriose experimental tratadas com óleo de copaíba (*Copaifera langsdorffii*), analisando as mudanças que ocorreram. No grupo experimental que recebeu óleo de copaíba oralmente houve redução acentuada no crescimento endometrial durante o período, enquanto no grupo controle que recebeu oralmente solução salina, houve um aumento significativo entre o volume inicial e final da endometriose. A partir deste estudo pode-se considerar o óleo de copaíba um tratamento alternativo promissor para endometriose.

Em outro estudo, também de Nogueira et al. (2011b), analisou-se a ação do extrato da planta *Uncaria tomentosa*, conhecida popularmente como “unha de gato” em ratas com endometriose experimental. Os resultados mostraram que o extrato tem ação semelhante à leuprolida, um análogo da GnRH, levando à inatividade ovariana e baixa proliferação das células do epitélio uterino, o que indica que o uso dessa planta pode ser um outro método alternativo para tratamento da endometriose.

Deve-se considerar, também o tratamento psicológico, uma vez que nas mulheres com endometriose a frequência de depressão varia de 86,5% a 92%, associada à ansiedade, presente em 87,5% das pacientes avaliadas. Esses sintomas estão relacionados à existência de dor durante o intercuro sexual (dispareunia), dor pélvica crônica e à interferência da doença na capacidade reprodutiva da mulher (infertilidade). Sendo assim, justifica-se a necessidade de um atendimento psicológico às portadoras de endometriose, uma vez que a depressão, se não for tratada, tem um efeito negativo sobre a sua qualidade de vida e torna a paciente incapaz de lidar com os sintomas da doença (MARQUI, 2014b).

Lorençatto et al. (2007) mostrou que grupos de apoio são eficazes na diminuição da dor e depressão das mulheres com endometriose. As mulheres que fizeram parte do grupo foram submetidas a intervenções fisioterapêuticas e intervenções psicológicas. As participantes das intervenções multiprofissionais em grupo mostraram ter dor e depressão menos frequentes em comparação com as mulheres que não participaram. Nesse sentido, a terapia multiprofissional pode ser oferecida às portadoras de endometriose como terapia complementar.

Considerações Finais

Os trabalhos discutidos nessa revisão permitiram abordar diferentes formas de tratamento para dor e redução da fertilidade relacionadas à endometriose. Apesar da

eficácia de diferentes regimes terapêuticos para a dor pélvica, ainda há grande controvérsia com relação a infertilidade relacionada à doença. Não há dados consistentes na literatura que afirmem realmente qual a terapia mais promissora para a melhora da infertilidade em mulheres com endometriose.

A maioria dos artigos publicados evidenciam que a qualidade de vida de mulheres pode melhorar e a gravidade da dor pode consideravelmente ser diminuída após a cirurgia. No entanto, a utilização da laparoscopia para melhorar as taxas de fertilidade, apresenta algumas incertezas, parece funcionar somente se a mulher desejar engravidar nos primeiros meses após o procedimento cirúrgico. Fora isso, o método mais indicado para engravidar é a fertilização *in vitro*.

Todos os medicamentos existentes para tratamento da endometriose são eficazes, porém, com alguns efeitos adversos. Os anticoncepcionais orais sempre foram o tratamento de primeira linha, mas o tratamento farmacológico mais moderno citado pelos autores pesquisados é o Dienogeste. O Dienogeste é efetivo para a dor por promover a redução dos implantes endometrióticos, além disso, possui menos efeitos adversos comparados aos outros fármacos citados e tem apresentado sucesso terapêutico.

O tratamento não farmacológico necessita de mais pesquisas que comprovem a sua eficácia em pacientes com endometriose mais avançada, porém, mostrou ser um grande aliado na terapêutica, pois auxilia na redução de sintomas como dores pélvicas e sintomas emocionais referentes a esta ginecopatía.

O objetivo final de todos os tratamentos é aliviar dor e outros sintomas e melhorar a qualidade de vida das mulheres. O aumento na prevalência de endometriose nos últimos anos tem sido considerável. O profissional farmacêutico pode intervir no tratamento desta doença, identificando os sintomas e encaminhando a portadora dos mesmos para um ginecologista. Durante a terapia, o farmacêutico deve orientar sobre os medicamentos utilizados pela paciente e criar estratégias que aumentem a adesão à terapia.

Referências

BAHAMONDES, Luis; CAMARGOS, Aroldo Fernando. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. **Femina**, v. 40, n. 3, p.155-159, maio 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3263.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BELLELIS, Patric K et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 4, n. 56, p.467-471, 2010.

BERBEL, Bruna Thomazelli; PODGAEC, Sérgio; ABRÃO, Maurício Simões. Análise da associação entre o quadro clínico referido pelas pacientes portadoras de endometriose e o local de acometimento da doença. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 3, n. 87, p.195-200, set. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/59078/62064>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BUSACCA, M et al. Followup of laparoscopic treatment of stage III-IV endometriosis. **J Am AssocGynecolLaparosc**,[s.l.], v.6, n.1, p.55-58, 1996.

CALDEIRA, Raquel Pinto et al. Tratamento terapêutico multiprofissional para endometriose com dor pélvica. **Univ. Ci. Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p.69-83, jan. 2008.

CARDOSO, Érica Patrícia de Souza et al. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. **Ciência Et Praxis**, Uberaba, MG, v. 4, n. 8, p.53-58, 2011.

CROSEIRA, Ana Maria Larotonda Vieira et al. Tratamento da endometriose associada à infertilidade: revisão da literatura. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p.251-256, maio 2010.

ELLENSON, L. H; PIROG, E. C. O trato genital feminino. In: KUMAR, V., ABBAS, A.; ASTER, J. **Robbins e Cotran - Patologia**: bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 1017-1068.

GERLINGER, Christoph et al. Treatment of endometriosis in different ethnic populations: a meta-analysis of two clinical trials. **BMC Women's Health**, [S.l.], v. 12, n. 1, p.1-7, abr. 2012.

GUZICK, D. S et al. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. **Fertil Steril**. v. 95, n. 5, p.1568-1573, 2011.

KONDO, William et al. Endometriose profunda infiltrativa: distribuição anatômica e tratamento cirúrgico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Paraná, v. 34, n. 6, p.278-284, abr. 2012.

KONDO, William; ZOMER, Monica Tessmann; AMARAL, Vivian Ferreira. Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. **Femina**, v.39, n.3, mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2499.pdf>>. Acesso em 29 ago. 2016.

LORENÇATTO, Carolina et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p.433-438, 2007.

MAIOR, Maria da Conceição Farias Souto et al. Achados de laparoscopias ginecológicas realizadas em mulheres com dificuldade reprodutiva atendidas em um hospital-escola: série de casos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, [s.l.], v. 29, n. 6, p.297-302, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000600004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Abordagem não farmacológica da dor em endometriose. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.300-303, dez. 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n4/pt_1806-0013-rdor-15-04-0300.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

_____. Endometriose: Diagnóstico e Tratamento. **Rev. Enferm. e Atenção à Saúde (REAS)**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p.97-105, jul. 2014a. Disponível em: <www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/1024/887>. Acesso em: 28 jun. 2016.

_____. Evaluation of endometriosis-associated pain and influence of conventional treatment: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 6, p.507-518, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000600507>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MATEUS, Wanessa Pereira; MINSON, Fabíola Peixoto; LEDO, Carla Bernardes. Controle da dor pós-operatória em pacientes submetidas à cirurgia laparoscópica para tratamento da endometriose ou cirurgia plástica. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.150-153, jun. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n2/a1484.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MONTEIRO, Natália Fernandes; TAMBELLINI, Stephanie Rotband Marchtein; SANTOS, André Luís Ferreira. Endometriose. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v. 69, n. 2, p.1-5, fev. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4956>. Acesso em: 29 jul. 2016.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Porto Alegre, v. 6, n. 32, p.298-307, jun. 2010.

NOGUEIRA NETO, João et al. Mudanças no volume e histologia do foco de endometriose em ratas tratadas com óleo de Copaíba (*Copaifera langsdorffii*). **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.20-24, 2011.

_____. et al. Efeito anticoncepcional da *Uncaria tomentosa* (unha-de-gato) em ratas com endometriose experimental. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.15-19, jan. 2011.

PELOGGIA, Alessandra; PETTA, Carlos Alberto. Endometriose profunda: como abordar?. **Femina**, São Paulo, v. 39, n. 9, p.451-457, set. 2011.

PEREZ, LissettCaridad Gonzalez. **Uso de dienogest no tratamento da dor pélvica crônica em pacientes com endometriose**. 2015. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal, HSPM, São Paulo, 2015. Disponível em: <files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3263.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PODGAEC, Sérgio. Manual de endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

TAUFER, Alessandra; ALMEIDA, Leandra Berto de. **Endometriose na saúde da mulher**: implicações na saúde mental. 2012. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Assis Gurgacz-fag, Cascavel, 2012.

OS IMPACTOS FISIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS EM PESSOAS IDOSAS

**Natalia Buss Turazzi¹; Rodrigo Moraes Kruel²; Claudio Sergio da Costa³;
Adalberto Alves de Castro⁴; Lorena Paratella⁵:**

¹ Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde. naturazziac@hotmail.com.

² NEAS. Centro Universitário Barriga Verde. rmkpsico@hotmail.com

³ NEAS. Centro Universitário Barriga Verde. claudiopoeta@yahoo.com.br

⁴ NEAS. Centro Universitário Barriga Verde. adalba1@hotmail.com

⁵ Coord. Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde. loparatella74@gmail.com

Resumo: A vida humana é um ciclo, o qual acontece através de etapas, chamadas de infância, adolescência, fase adulta e velhice. A partir deste entendimento, este estudo tem por objetivo apresentar os impactos fisiológicos e psicológicos das atividades físicas em um grupo de idosos de um município do Sul Catarinense, que praticam atividades físicas nesta etapa da vida. O estudo teve cunho qualitativo e quantitativo, realizado com uma amostra de 11 idosos com idades entre 59 e 65 anos, através de um questionário multidimensional que avalia a qualidade de vida do entrevistado, chamado SF 36, contendo 36 questões divididas em 8 dimensões. O estudo mostrou que a prática regular da atividade física pode ser uma excelente ferramenta para colaborar na prevenção e tratamento de doenças, dores, bem como na autonomia e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras-chave: Atividade física. Impactos fisiológicos e psicológicos. Idosos.

Introdução

Todo ser humano passa por um processo de desenvolvimento, do qual chamamos de ciclo vital. Este por sua vez, passa pelas fases da infância, adolescência, fase adulta e a última etapa, a qual iremos focar neste trabalho, que é a velhice, chamada de terceira idade. Sabe-se que a expectativa de vida está aumentando a cada dia, portanto, para que se tenha saúde e qualidade de vida na terceira idade, além de vários cuidados, se faz necessário possuir uma vida ativa. A cada ano cresce o número de pessoas envelhecendo, conseqüentemente aumenta o número de doenças que acompanham este processo.

Cinco fatores são recomendados para o idoso ter saúde: vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. Se algum desses fatores estiver deficiente a qualidade de vida do idoso estará comprometida. Néri mostra que baixos níveis de saúde na velhice associam-se com altos níveis de depressão e angústia e com baixos níveis de satisfação de vida e bem-estar. Também afirma que as dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária, devido

a problemas físicos, ocasionam dificuldades nas relações sociais e na manutenção da autonomia, trazendo prejuízos à sua saúde emocional. (NERI, 2001 apud FRANCHI; MONTENEGRO, 2005).

Portanto, idosos ativos e não ativos passam por este processo de forma diferente, sendo que idosos ativos possuem melhor qualidade de vida do que idosos não ativos. É comprovado que a atividade física ajuda a prevenir doenças, como também fortalece músculos, renova energias e traz muitos outros benefícios para o indivíduo que procura uma vida mais saudável.

De acordo com Franchi; Montenegro (2005) “além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode vir a comprometer sua saúde”. A prática da atividade física ligada à saúde pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano e diminuir o risco de desenvolver doenças, seja grave ou não, associadas a baixos níveis de atividade física.

O desenvolvimento humano

A nossa vida é um ciclo, como sabemos. Nascemos, crescemos, envelhecemos, adoecemos e morremos. Quando crianças, aprendemos a nos comportar, a falar, ouvir, comer, enfim, descobrimos o mundo. Com o passar do tempo, nos tornamos adultos e alcançamos então a maturidade, onde aprendemos cada vez mais, para então nos tornarmos idosos e utilizarmos toda a sabedoria adquirida ao longo dos anos.

Desde o momento da concepção, tem início nos seres humanos um processo de transformação que continuará até o final da vida. Uma única célula se desenvolve até se tornar um ser vivo, uma pessoa, que respira, anda e fala. E embora essa célula única vá se tornar um indivíduo único, as transformações que as pessoas experimentam durante a vida apresentam certos padrões em comum. Os bebês crescem e se tornam crianças, que crescem e se tornam adultos. (PAPALIA; FELDMAN, 2013; p. 36).

Segundo Oliveira (2004, p. 213) “podemos definir desenvolvimento como transformação, pois, acontecem processos de transformação ao longo de toda a vida do sujeito e estão relacionados a um conjunto complexo de fatores”. Estes fatores dependem das conservas culturais, do ambiente e do estilo de vida que o sujeito vive. A vida de todo ser é caracterizada por etapas, sendo que todas são importantes, cada

etapa experienciada contribui para a próxima. Este processo traz consigo aspectos positivos e negativos que devem ser levados em conta, portanto, deve-se aproveitar cada conhecimento adquirido no decorrer deste ciclo, buscando possuir uma vida saudável, bem como aproveitar o presente da melhor maneira possível.

O mesmo é um processo evolutivo natural que acontece na vida na vida de todo ser humano, que se faz necessário para a evolução e o amadurecimento dos sujeitos.

O processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural na vida do ser humano. É a última etapa da vida, que bem como as demais mudanças, caracteriza-se por modificações físicas, psicológicas e sociais, que acometem de forma singular em cada indivíduo.

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo. (IRIGARAY, SCHNEIDER, 2008.).

Juntamente com essas mudanças aparecem doenças e também a diminuição da capacidade motora, onde a pessoa idosa começa a se privar de muitas atividades que antes lhe eram comuns no dia a dia, devido à falta de mobilidade e a insegurança para realizá-las (DEBERT, 1999).

É a fase onde o sujeito conclui que alcançou muitos objetivos na vida, mas também sofreu muitas perdas, e entre elas a saúde se destaca, aparecendo as doenças, as dificuldades, debilitações, etc. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Segundo Freitas et al. (2010), a velhice deve ser compreendida em sua totalidade porque é um fenômeno biológico que acarreta em mudanças psicológicas, considerando que alguns comportamentos são próprios da velhice, que gera mudanças em suas relações com o mundo e consigo.

Contudo, cada indivíduo tem suas particularidades decorrentes da sua história até chegar a esta etapa, então, cada ser lidará com o envelhecimento de forma distinta, o que conseqüentemente, definirá a sua qualidade de vida.

Vida e movimento

O processo de envelhecimento é algo natural na vida de todo ser humano. Este, por sua vez, está associado à diminuição de imunidade, problemas de saúde, diminuição da mobilidade, problemas de memória, entre outros fatores. A prática da atividade física associada com a alimentação, o ambiente e a medicação contribuem para uma vida mais saudável na terceira idade, bem como nas demais fases da vida.

Segundo Franchi, Montenegro (2005), atualmente, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Por capacidade funcional entende-se o desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária.

Contudo, a atividade física para dar resultados deve ser feita de modo regular, e não simplesmente fazer algumas poucas vezes, de qualquer jeito e acreditar que isso fará algum grande efeito. Toda atividade realizada traz benefícios, porém, para os resultados esperados é necessário que seja regrada.

Além dos benefícios físicos, a atividade física também contribui para a prevenção e o tratamento de doenças, no bem-estar psíquico da pessoa idosa, na autoconfiança, no humor, entre outros. Como também fortalece músculos, colaborando na realização das atividades do cotidiano, como por exemplo, tomar banho, que para pessoas mais jovens é uma atividade fácil, porém, para os idosos que já possuem debilitações é difícil realizar sozinho, sem instrumentos de segurança como o apoio do box do chuveiro. Contudo, a pessoa idosa inativa terá muito mais dificuldades nas tarefas cotidianas do que a pessoa que pratica exercícios, pois, seus músculos estarão mais debilitados, não terá segurança suficiente para realizar as tarefas, bem como se sentirá deprimido por não poder realizar as atividades diárias das quais fazia com facilidade anteriormente.

Quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Por capacidade funcional entende-se o desempenho para a realização das atividades do cotidiano ou atividades da vida diária. As atividades da vida diária podem ser classificadas por vários índices. As atividades da vida diária (AVD) são referidas como: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância; ou seja, atividades de

cuidados pessoais básicos e, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem; ou seja, atividades mais complexas da vida cotidiana. (FRANCHI; MONTENEGRO, 2005).

Partindo das informações anteriormente dispostas, esta pesquisa teve como apresentar os impactos fisiológicos e psicológicos das atividades físicas em um grupo de idosos de um município do Sul Catarinense, que praticam atividades físicas nesta etapa da vida.

Procedimentos metodológicos

O estudo teve cunho qualitativo e quantitativo, realizado com uma amostra de 11 idosos com idades entre 59 e 65 anos de um município do sul de Santa Catarina, que frequentavam um grupo de idosos e praticavam atividade física. Os dados foram coletados por meio de um questionário multidimensional chamado SF 36.

A coleta de dados teve início no dia 19 de setembro de 2016. Em uma tarde não foi possível realizar todos os procedimentos, sendo necessário mais uma tarde para a conclusão das entrevistas. Os idosos que atenderam aos critérios da pesquisa foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão para o estudo foram ser idoso e praticante de atividade física. Dos 200 participantes do grupo de idosos, somente 11 praticavam atividade física. Esses onze praticavam atividades duas vezes por semana, em um projeto municipal chamado “Remexa-se”, onde são realizadas caminhadas, hidroginástica e karatê, sendo o único no município.

Posteriormente à seleção da amostra do estudo foram realizadas entrevistas juntamente com a aplicação do teste chamado SF-36. O teste, segundo Orlandi et al. (2015), trata-se de um questionário multidimensional composto por 36 questões, divididas em oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação por dimensão varia de 0 a 100, sendo que quanto mais alta a pontuação, melhor a qualidade de vida do sujeito.

O Short Form-36 (SF-36) é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema

de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim 7,8. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. (PIMENTA et al. 2008, p.56).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Educacional Barriga Verde (UNIBAVE). Protocolo nº 079642/2016

Resultados e discussões

A predominância dos idosos foi do sexo feminino, com faixa etária entre 61 e 65 anos, com ensino fundamental, sendo 03 casadas e 06 viúvas, totalizando 98% da população entrevistada, desta porcentagem 40% praticam atividade física por lazer e 60% por questões de saúde. Somente 2% dos entrevistados são homens, visto que iniciaram as atividades físicas devido à orientação médica. Todos os entrevistados possuem a escolaridade até o ensino fundamental. Quanto à ocupação somente 3 idosas são donas de casa, os outros 8 idosos são aposentados. A renda mensal dos entrevistados varia de R\$ 880 a R\$ 1.760 (um a dois salários mínimos), visto que um entrevistado recebe três salários, não gerando influência no foco do estudo, partindo dos relatos dos entrevistados. (Quadro 1)

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Variáveis		N	%
Sexo			
	Masculino	2	18,2
	Feminino	9	81,8
Estado Civil			
	Casado	4	36,4
	Viúvo	7	63,6
Escolaridade			
	Ensino Fundamental	11	100
Ocupação			
	Do Lar	3	27,3
	Aposentado	8	72,7
		Média ± DP	
Idade		63,9 ± 1,87	
Renda		1549,09 ± 540,55	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De acordo com os dados expostos (Quadro 2), pode-se afirmar que a prática regular de atividade física é sugerida como uma alternativa para manter a qualidade de vida em idosos. Bem como, Segundo Silva et al. (2016, p.2), “a atividade física aliada a outros aspectos tais como hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, podem melhorar em muito a QV dos idosos”. Os resultados do teste SF 36 mostraram que a prática de atividades físicas na terceira idade traz muitos benefícios para a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa. Vale ressaltar que a amostra de idosos entrevistados buscou através da atividade física uma maneira de prevenir as doenças advindas com o envelhecimento.

Quadro 2 - Escores de domínios avaliados no teste SF 36 aplicado nos entrevistados:

Domínio	Média ± SD
Saúde Mental	85,8 ± 11,8
Capacidade Funcional	83,6 ± 19,8
Aspectos Físicos	86,4 ± 23,4
Dor	79,9 ± 18,4
Estado Geral de saúde	67,1 ± 9,3
Vitalidade	87,7 ± 14
Aspectos Sociais	93,2 ± 10,3
Aspectos Emocionais	90,9 ± 21,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A amostra possui um bom desempenho relacionado a atividade física, visto que participam de programas ligados ao tema por necessidade. Todos relataram sentirem-se muito melhores após o início das atividades físicas e que percebem que estão melhorando a cada dia. Isso mostra o quanto é importante identificar fatores e estratégias que possam auxiliar na qualidade de vida da pessoa idosa.

Os aspectos psicológicos dos participantes apresentam-se bons, visto que a dimensão com menor percentual é o estado geral de saúde, mas que embora se encontre em uma média boa, o suficiente para o idoso possuir qualidade de vida. A saúde mental em idosos interfere totalmente no seu bem-estar, pois aqueles que possuem transtornos mentais tem a capacidade de realizar as tarefas diminuídas ou por vezes até acaba perdendo-a.

Dentre os diversos transtornos que afetam os idosos, a saúde mental merece especial atenção. Depressão e demência têm incapacitado

idosos em todo o mundo por levarem à perda da independência e quase inevitavelmente, da autonomia.⁵ As desordens mentais comprometem 20% da população idosa, entre as quais se destacam a demência e a depressão como prevalentes. No Brasil, aproximadamente 10 milhões de idosos sofrem de depressão. (BENEDETTI, et al. p. 2, 2008).

Os mesmos autores ainda afirmam que “existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não ativos”.

No que diz respeito aos aspectos sociais, os idosos que praticam a atividade física, além de possuírem benefícios físicos e psicológicos, utilizam o tempo dedicado à atividade para socialização, interação e para conhecer pessoas novas, tendo a oportunidade de construir novas relações. De acordo com Costa e Duarte (p. 51, 2002), “a atividade física regular oferece uma possibilidade de estabelecer relações com o mundo exterior, contribuindo para ampliar o relacionamento social do idoso”. Costa e Duarte (2002 apud OKUMA, 1997), dizem que foi possível observar o prazer que eles sentiam em estar com outras pessoas que não aquelas do seu cotidiano, para conversar, falar de si, escutar e ser escutado, brincar, cooperar, competir com os outros e consigo mesmo, enfim, sentir-se parte de um grupo. O fato de o idoso estar em contato com outras pessoas e não sozinho em casa apresenta mudanças em seu humor, na disposição e no bem-estar do indivíduo, pois, assim, não irá se sentir sozinho e/ou excluído do contexto social.

Já relacionado aos aspectos emocionais, o teste busca descobrir quais os fatores que interferem na qualidade de vida da pessoa. Portanto, no presente estudo, os fatores emocionais não interferem na realização das atividades diárias, visto que a amostra apresentou um percentil alto em relação a este domínio. Segundo GORDON (1993), “a atividade física regular propicia ao praticante o exercício de perseverança, possibilita ao indivíduo testar suas reais capacidades e reconhecer suas limitações, adquirindo maior controle sobre suas ações e reações físicas e emocionais. Adquirir maior segurança e independência”. Já Brito (1994), afirma que a “atividade física proporciona uma nova postura com relação à sua autoimagem, autopercepção e autoestima, ou seja, uma mudança no seu estado de espírito e uma forma mais segura para lidar com as atividades do seu dia a dia”.

O grupo entrevistado apresentou boa capacidade funcional, visto que todos conseguem realizar as atividades comuns em sua vida, tendo autonomia para a

conclusão de tarefas diárias, como vestir-se, comer, tomar banho, até mesmo a varrer a casa, lavar roupa e dirigir, que exigem um pouco mais de esforço e atenção.

As evidências mostraram o efeito benéfico de um estilo de vida ativo, na manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento, minimizando a degeneração provocada pelo envelhecimento e, assim, propiciar uma melhoria geral na saúde e qualidade de vida. (FREITAS, et al. 2007, p. 93).

De acordo com Barbosa et al. (2014, p. 3318), “capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente no seu cotidiano”. Os autores Rosa et al. (2003, p. 47), afirmam que “uma vida ativa pode ser capaz de manter por mais tempo a capacidade funcional do que a inatividade”.

A dor para idosos é uma consequência do envelhecimento, visto que acontecem os problemas de saúde, enfraquecimento de ossos, e juntamente aparece o desânimo, a indisposição para realizar atividades que poderiam colaborar para a melhora do quadro de saúde do indivíduo. No grupo pesquisado a dor existe, sim, mas não interfere no cotidiano dos mesmos. Segundo Andrade, Pereira e Sousa (2006, p. 272), a dor pode estar associada a imagens negativas, tais como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento e abuso de medicamentos. “Dor em indivíduos idosos é um sério problema de saúde pública, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida”. (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006, p. 272). Depois de avaliada e diagnosticada, a dor pode ser diminuída através da prática de atividade física controlada e supervisionada.

Em relação aos aspectos físicos, os idosos apresentaram um bom resultado, dentro da média, porém, os participantes conseguem realizar todas as atividades, mas, com dificuldade, devido às causas naturais do envelhecimento. Vale ressaltar que alguns participantes contaram estar realizando a atividade para superar problemas físicos e motores. Relataram ainda que estão melhorando a cada dia, devido às atividades físicas que praticam, percebendo assim a diferença ao realizar as tarefas do cotidiano. A prática de atividade física regular pode colaborar para o fortalecimento de músculos, auxiliar na capacidade motora, diminuindo dores e aumentando o nível de mobilidade da pessoa idosa. Alcântara et al (2015) afirmam

que a atividade física é citada como componente dos mais importantes para uma boa qualidade de vida, a busca pelo prazer, pela satisfação e bem-estar pessoal.

O domínio de estado geral de saúde obteve o menor percentual dentre todos os oito, mas, ainda está com uma média boa, relacionando com todos os problemas de saúde que aparecem no processo de envelhecimento. A atividade física proporciona cada dia mais um melhor estado geral de saúde. Corroborando com o presente estudo, Da Silva et al. (2016), afirma que na medida em que maior é a vitalidade com a realização de atividade física, conseqüentemente, melhor será o seu estado geral de saúde.

O grupo entrevistado possui muita vitalidade, realizam todas as tarefas comuns do dia a dia, inclusive vão ao centro de idosos dirigindo. Todos apresentam disposição e energia nesta fase da vida. De acordo com Costa e Duarte (2002), no que diz respeito ao domínio vitalidade, o SF 36 busca avaliar não somente a presença e tempo de fadiga, mas também a presença de vitalidade e energia. De acordo com Frota; Menezes (2012, p. 489), “vitalidade é a tentativa de não-morte, a reafirmação da vida, a negação do corpo e da mente para a finitude”. A vida ativa é uma boa maneira para possuir vitalidade, e o grupo entrevistado busca cada dia mais realizar atividades que possam lhe trazer benefícios para a saúde e a busca de uma vida mais saudável.

Considerações Finais

A prática regular da atividade física pode ser uma estratégia para colaborar na prevenção e tratamento de doenças, de dores, autonomia e na qualidade de vida da pessoa idosa, visto que todos os participantes são ativos e a qualidade de vida foi positiva. Foi possível observar um número maior de mulheres, o que indica que se preocupam mais com a saúde.

No processo de envelhecimento acontece a perda de capacidades físicas e cognitivas, portanto, é importante que existam programas e recursos que retardem essas perdas para que o indivíduo possa viver e aproveitar da melhor forma possível este processo, visto que o mesmo pode manter a qualidade de vida do idoso, pois, passa a diminuir as atividades que lhe eram comuns, devido à diminuição de mobilidade, dificuldade de compreensão, bem como as demais características do envelhecimento.

Também é possível observar que só existe um programa no município que incentive a população idosa a praticar exercícios e a socializar, e o grupo entrevistado

mostrou possuir muita vontade de viver. Não gostam de sentir-se inútil, procuram manter o dia bem ocupado e buscam por qualidade de vida.

Sugere-se que sejam criados mais projetos e programas incentivadores voltados para este público, que muitas vezes é deixado de lado. Como os resultados da pesquisa foram positivos e os idosos animados com as atividades e a sua melhora a cada dia, pode-se afirmar que a prática de atividade física mostra ser uma boa ferramenta para envelhecer com qualidade de vida.

Consideramos que sejam fundamentais novas pesquisas, bem como mais atenção voltada para a população idosa em relação às políticas públicas de Promoção da Saúde, visto que poderiam ser tomadas muitas medidas com pouco custo e são poucas existentes. Temos conhecimento que existem e são efetivas, mas ainda há muito que fazer em relação a promover saúde. Este estudo foi justamente para evidenciar o que muitas pesquisas já comprovaram, apesar destes fatos já comprovados cientificamente, constatamos o aumento do sedentarismo e da inatividade física em todas as faixas etárias.

Referências

BARBOSA, Bruno Rossi et al. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BRITO, A. P. Psicologia do idoso e exercício. In: MARQUES, A. et. al. Physical activity and health in the elderly. Proceeding of the 1st Conference of EGREPA (European Group for Research into Elderly and Physical Activity), Oeiras, 26-30 October 1993, **Faculty of Sports Science and Physical Education**. Porto. 1994

DA COSTA, Alberto Martins; DUARTE, Edison. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília** v. 10, n. 1, 2002.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 24-35, 2016.

DE ALCÂNTARA, Áyla Ribeiro et al. Análise comparativa qualidade de vida entre idosos praticantes e não-praticantes de atividade física em Teresina-Piauí. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 1, p. pag. 379-389, 2015.

DE OLIVEIRA, Marta Kohl. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 211-229, 2004.

DESSEN, Maria A.; COSTA JR, Áderson L. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Artmed Editora, 2005.

EL ANCIANO, MENSURACIÓN DEL DOLOR EN. "Mensuração da dor no idoso: uma revisão". **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p.271-276, 2006

FRANCHI, Kristiane; MONTENEGRO, Renan. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 152-156, 2005.

FREITAS, C. M. S. M. et al. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 9, n. 1, p. 92-100, 2007.

FREITAS, Maria Célia; QUEIROZ, Terezinha Almeida; Sousa, Jacy A. Vieira. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista Esc Enferm USP**, 2010.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GORDON, N. F. **Stroke: Your complete exerciseguide**. Champaign: HumanKinetics, 1993.

IRIGARAY, Tatiana Q.; SCHNEIDER, Rodolfo H. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudo de psicologia**, Campinas, 2008.

MENEZES, Kelly Maria Gomes; FROTA, M. H. P. O lazer enquanto expressão de vitalidade na velhice: a experiência de um centro de convivência de idosos em Fortaleza-CE. RBSE: **Rev Bras Sociol Emoção**, v. 11, n. 32, p. 486-501, 2012.

PAPALIA, Diane, E.; FELDMAN, Ruth, D. **Desenvolvimento Humano**. 12 ed. São Paulo: AMGH Editora Ltda. 799 p.

PETROSKII, Edio Luiz; GONÇALVESII, Lúcia HisakoTakase. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.54, n.1, p.55-60, 2008.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE OSTOMIA INTESTINAL E SUA PERCEPÇÃO REFERENTE ÀS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO

Déborah Freitas Boeing¹; Ranússia Adelia Talamini Garcia²; Kelli Pazeto Della Giustina³; Andressa Américo Valvassori⁴

¹Curso de Enfermagem. Unibave. deborah16_bn@hotmail.com

²Curso de Enfermagem. Unibave. ranusiaatalamini@hotmail.com

³Curso de Enfermagem. Unibave. kellipdg@gmail.com

⁴Curso de Enfermagem. Unibave. andressa_a_v@hotmail.com

Resumo: Este estudo tem como tema o perfil de pacientes portadores de ostomia intestinal e sua percepção referente às contribuições da enfermagem para o autocuidado. O objetivo é conhecer o perfil de pacientes portadores de ostomia intestinal que frequentam um núcleo de apoio de pacientes ostomizados de uma gerência de saúde e qual a sua percepção referente às contribuições da enfermagem para o autocuidado. A pesquisa foi realizada em uma gerência de saúde de um município sul catarinense, com um núcleo de apoio de pacientes portadores de ostomia intestinal. A amostra foi composta por 12 pacientes, presentes nas reuniões. É caracterizada como pesquisa bibliográfica, com método descritivo e abordagem qualitativa e quantitativa. Os resultados da pesquisa mostraram que os pacientes ostomizados apresentam dificuldades de reinserção social. A equipe de enfermagem é de extrema importância com o suporte técnico e no ensino do autocuidado, contribuindo para a reabilitação do ostomizado.

Palavras-chave: Perfil. Autocuidado. Ostomia intestinal.

Introdução

O paciente ostomizado sofre uma série de modificações, pois o convívio social é prejudicado devido à vergonha e às limitações advindo das alterações físicas, como a falta do ânus, a presença de um orifício no abdômen e o não controle de esfínteres. Dessa forma, as pessoas ostomizadas têm dificuldade de reinserção social (ALVES et. al, 2013). Estima-se que no Brasil há cerca de 33.864 ostomizados, sendo que desses 1.681 são pertencentes ao estado de Santa Catarina (ABRASO, 2015).

No momento que o paciente recebe alta hospitalar, o cuidado passa a ser domiciliar e não mais hospitalar; quem assume é a família e o paciente, precisando estes estarem aptos para realizar o autocuidado. É fundamental que esse paciente seja encaminhado para um grupo de apoio de pacientes ostomizados para que receba auxílio da equipe tanto psicológica, quanto na realização do autocuidado (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Para melhor direcionar a pesquisa apontou-se o seguinte problema: Qual o perfil dos pacientes portadores de ostomia intestinal que frequentam um núcleo de apoio de pacientes ostomizados de uma gerência de saúde de um município do sul catarinense e qual a percepção destes pacientes referente às contribuições da enfermagem para o autocuidado.

Este estudo foi elaborado com o objetivo principal de conhecer o perfil dos pacientes portadores de ostomia intestinal que frequentam um núcleo de apoio de pacientes ostomizados de uma gerência de saúde de um município do sul catarinense e qual a sua percepção referente às contribuições da enfermagem para o autocuidado. Para tal foi traçado o perfil dos pacientes referente ao sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, o motivo, tempo, tipo e localização da ostomia, bem como foi verificado como está sendo realizado o autocuidado e identificado as dificuldades encontradas devido à ostomia.

Ostomia

A palavra ostoma significa abertura, e é utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo, sendo realizada por meio de ato cirúrgico, que passa a ter contato com o meio externo, seja este para eliminações de dejetos, secreções, fezes e\ou urina. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferenciados: no intestino grosso ou cólon, recebe o nome de colostomia, no intestino delgado, ou seja, no íleo é chamado de ileostomia (GEMELLI; ZAGO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde as causas mais frequentes para realização da ostomia são: câncer de cólon, reto e ânus, trauma abdominal, diverticulite ou alguma doença inflamatória intestinal ou doença de Chagas (BRASIL, 2009).

As ostomias podem ser classificadas quanto ao tempo de uso, podendo este ser temporário ou permanente. As complicações mais frequentes são a isquemia, necrose, deslocamento muco cutâneo, retração, estenose, hérnia paraestomal, prolapso, dermatites, foliculite, edema e abscesso periestomal (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2011).

Diversos equipamentos são utilizados durante o tempo em que a pessoa permanece com o ostoma, dentre estes se tem as bolsas com sistemas drenável ou fechado, de uma ou duas peças, bolsas transparentes ou opacas e ainda as com resina recortável ou pré-cortada (BEZERRA, 2007).

Cuidados de enfermagem ao paciente ostomizado

O enfermeiro é essencial no processo de reabilitação das pessoas ostomizadas, pois eles estão presentes desde o momento em que o paciente recebe o diagnóstico, quando se é optado pela realização da ostomia, até quando o paciente recebe alta hospitalar e passa a realizar o tratamento em unidades especializadas, ou na própria unidade de saúde. O enfermeiro deve avaliar as condições do ostoma quanto a sua localização, detectar precocemente as complicações, controlar a ocorrência e as características do efluente, além de avaliar a aderência da bolsa coletora. À medida que o ostomizado assume o autocuidado, o enfermeiro deve prestar informações claras, tornando-o apto e preparado para a alta hospitalar (DOMANSKY, 1999).

Além disso a assistência ao paciente ostomizado faz com que ele tenha uma melhor aceitação da sua condição, esclarecendo dúvidas e preocupações e reduzindo o medo do paciente. Por fim, deve-se orientar quanto à alimentação correta, os hábitos de vida, as vestimentas adequadas e a importância da prática de exercícios físicos e esportes conforme a possibilidade do paciente ostomizado (MORAES; BALBINO; SOUZA, 2015).

Autocuidado

O profissional indicado para o planejamento do cuidado do paciente ostomizado e que deve prestar orientações com relação ao autocuidado é o estomaterapeuta. Entretanto, existem poucos especialistas nessa área, ficando o cuidado a cargo dos enfermeiros generalistas (GEMELLI; ZAGO, 2002).

No momento em que o paciente está hospitalizado deverá receber orientações sobre o autocuidado, não só o paciente, mas também o familiar/cuidador, adequando os ensinamentos à sua realidade. Também deve ser orientado com relação à existência dos grupos de apoio e também associações para ostomizados (LENZA et.al, 2012).

A aceitação do ostoma é um processo lento e conquistado diariamente. Com o tempo o paciente ostomizado passa a entender o seu ostoma e passa a cuidar dele, assim, percebe que pode realizar todas as atividades que era acostumado a fazer, viajar, andar de bicicleta, nadar e também namorar. Podendo compartilhar seu conhecimento com outras pessoas com o mesmo problema (ABRASO, 2004).

Legislação vigente

Segundo a portaria N° 400, de 16 de novembro de 2009, as pessoas ostomizadas tem direito a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas, o que inclui prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores para proteção e segurança do paciente (ABRASO, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde existem Serviços de Atenção as Pessoas Ostomizadas no SUS, os quais devem desenvolver ações de reabilitação, que incluem orientações para o autocuidado, prevenção e tratamento (BRASIL, 2009).

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e quantitativa. Após coletados, os dados quantitativos foram tratados por meio de auxílio de um programa de informática. Os dados qualitativos foram tratados manualmente, considerando categorias de análise a partir dos objetivos propostos na pesquisa.

Foi utilizado o método descritivo para realização desta pesquisa. É classificada como pesquisa bibliográfica.

A pesquisa foi realizada no núcleo de apoio aos pacientes ostomizados de uma Gerência de Saúde (GERSA) em um município do sul catarinense, que realiza educação continuada com o grupo de pacientes ostomizados.

A população do presente estudo foi composta por pacientes portadores de ostomia intestinal cadastrados na gerência de saúde em um município do sul catarinense. A amostra é não probabilística por conveniência, ou seja, só fizeram parte do estudo os que estavam presentes na reunião mensal do núcleo de apoio e que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 12 pacientes.

Para realização desta pesquisa foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista foi organizada por meio de um roteiro, contendo perguntas abertas e fechadas, aplicada no período de 12 de agosto de 2015 a 16 de setembro de 2015.

A pesquisa atendeu às exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo o ser humano (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados da pesquisa acontecerá em dois momentos: o perfil dos pacientes e dados referentes à ostomia, e os dados por categorias com suas respectivas análises. Desse modo, inicia-se a apresentação de dados, com o perfil dos pacientes portadores de ostomia intestinal segundo sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade e renda familiar que frequentam o grupo de apoio.

Dos 12 pacientes entrevistados 8 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino, ou seja, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, concordando com o estudo de Luz et al. (2014), que também constatou em sua pesquisa que a predominância era do sexo feminino. No estudo de Ramos et al. (2012) o sexo predominante também foi o sexo feminino.

Dos pacientes ostomizados, 2 tinham faixa etária entre 20 a 35 anos, 2 entre 36 a 51 anos, 3 entre 52 a 67 anos, 2 entre 68 a 85 anos, por fim, 3 acima de 85 anos. A pesquisa de Ramos et al. (2012) também mostrou que grande parte dos pacientes grupo investigado também tinham acima de 61 anos de idade.

No que toca ao estado civil, apenas um dos pacientes é solteiro, 7 são casados e 4 viúvos. Este dado se apresenta como ponto positivo, pois a presença da família está relacionada à melhoria e a continuidade dos cuidados em saúde. Lenza et al (2012) lecionam que a família é de extrema importância no processo terapêutico do paciente, pois já conhecem seus hábitos e preferências e podem fornecer informações importantes para a execução do plano terapêutico.

Como pode ser evidenciada, parte significativa da população estudada era de baixa escolaridade, na qual dos pacientes 9% são analfabetos, já 42% possuem o ensino fundamental incompleto, 8% ensino fundamental completo, 8% ensino médio incompleto, 25% ensino médio completo e 8% com ensino superior incompleto. Luz et al. (2009) visualizou que quanto ao nível de escolaridade a maioria dos pacientes possuíam ensino fundamental incompleto, ou seja, possuíam baixa escolaridade. No estudo de Paula; Santos (1999), a predominância também foi de pacientes com ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade constitui um ponto negativo para a recuperação, segundo Bellato et al. (2006) pode ser considerada um fator preocupante, pois o paciente pode apresentar dificuldades, não questionando aos profissionais acerca do seu problema de saúde, do tratamento adequado e também dos seus direitos.

No que se refere a renda familiar, 3 dos pacientes relataram que recebem de 1 a 2 salários mínimos, 8 de 3 a 4 salários mínimos e 1 recebe 5 ou mais salários mínimos. Discordando de Luz et al. (2009), que em seu estudo constatou que a maioria dos pacientes investigados possui renda familiar compreendida entre 2 e 3 salários mínimos. Segundo Bellato et al. (2006), a baixa renda familiar pode dificultar a independência do paciente em situação crônica de saúde e até mesmo dificultar a condução da sua vida cotidiana.

Quanto ao motivo da ostomia, a metade dos pacientes, ou seja, 50% não recordam do diagnóstico que os levou a ser necessária uma cirurgia de ostomia. De outro lado, 33% relataram que foi devido a outras causas como, um devido a obstrução intestinal, uma necrose colônica total e dois devido a infecção no intestino, 17% disseram que foi diverticulite. De acordo com Lenza et al. (2012) em seu estudo constatou que a maioria dos pacientes tinha diagnóstico de câncer colorretal, seguido de diverticulite e em menor quantidade megacólon chagásico.

No que se refere ao tempo em que o paciente está com a ostomia, a maior parte (83%) dos pacientes já está há um ano ou mais. Destes, têm pacientes que está há mais de 30 anos fazendo uso da bolsa. Apenas 17% destes pacientes está há menos de um ano com a ostomia.

Neste mesmo liame, Bechara et al. (2005) em seu estudo observou que a maioria dos pacientes era portador de ostomia a um tempo superior a um ano. No estudo de Cetolin et al. (2013) havia pacientes que faziam uso da bolsa há 41 anos.

Quanto ao tipo de ostomia, a maioria dos pacientes, em uma precisão de 83%, a ostomia utilizada é a definitiva, já a temporária é em apenas 17% dos pacientes. Porém, aqueles que possuem ostomia temporária relataram que devido ao risco da cirurgia de reversão, em decorrência das suas idades, passa a ser definitiva e preferem continuar utilizando a bolsa.

No estudo de Macedo; Nogueira; Luz (2001) verifica-se que a pesquisa encontrou o mesmo respaldo que esta realizada, pois, 13 dos pacientes entrevistados eram portadores de ostomia definitiva; já os outros 3 eram portadores de ostomia temporária, ou seja, o predominante tipo de ostomia foi a definitiva.

No que se refere à localização da ostomia, se é considerada colostomia ou ileostomia, confirma-se que 67% dos pacientes possuem colostomia, e apenas 33% deles possuem ileostomia.

Do mesmo modo, Santos et al. (2007) em sua pesquisa constatou que a prevalência entre as ostomias encontradas nos pacientes entrevistados era também a colostomia. De igual, o estudo de Luz et al. (2009) quanto a localização das ostomias intestinais encontrou a predominância de colostomia com 84,21%.

Todos os pacientes entrevistados receberam orientações de profissionais com relação ao autocuidado. Souza; Gomes; Barros (2009) diz que a família do portador de ostomia deve levar em consideração as necessidades e garantir ao paciente melhor adaptação e qualidade de vida. E para isso deve ser orientada no que diz respeito à troca do dispositivo, cuidados com a alimentação, com a higiene, etc.

Quando questionado qual profissional prestou orientações 12 disseram que quem havia lhes explicado o que deveria ser feito a partir da alta hospitalar foi o profissional enfermeiro. O paciente quando bem orientado pela equipe de enfermagem passa a se sentir bem cuidado e ter uma melhor aceitação à sua nova condição de vida, contribuindo com o seu tratamento e se tornando mais seguro e colaborativo com relação ao autocuidado (NASCIMENTO et al., 2011).

Para realizar a limpeza do ostoma, 34% fazem a higiene com água e qualquer sabão, 8% com água e sabão neutro e 58% outros, desses 3 realizam a limpeza com solução lubrificante para bolsas de ostomia, 1 com soro fisiológico e 3 usam somente água. Quanto à secagem do ostoma, 42% dos pacientes secam a região com toalha de banho, porém eles secam primeiro a região do ostoma, e depois as outras partes do corpo, 42% com toalha exclusiva e 16% com outros. Desses que responderam outra opção, 1 seca a região com gaze e 1 deixa secar na frente do ventilador. É recomendado fazer a higiene na região do ostoma apenas com água e um sabonete, evitando esfregar, utilizando somente a espuma do sabonete e usar uma toalha exclusiva para a secagem da ostomia (INCA, 2010).

Com relação ao tempo de troca da bolsa a resposta predominante foi de 3 a 7 dias com 11 dos pacientes e apenas 1 paciente respondeu que realiza a troca da bolsa a cada dois dias. De acordo com a ABRASO (2009) a troca da bolsa deve ser feita de uma ou duas vezes por semana e em alguns casos com mais frequência.

Quanto ao esvaziamento da bolsa, foi referido por 8 dos pacientes entrevistados que esvaziam a bolsa na presença de conteúdo fecal; já 2 pacientes responderam que esvaziam quando a bolsa coletora está totalmente cheia, 1 quando a bolsa está pela metade e 1 esvazia diariamente. Segundo dados do INCA (2010) a bolsa de colostomia deve ser esvaziada sempre que necessário, geralmente uma ou

duas vezes por dia. Já os dispositivos para ileostomia devem ser esvaziados quando estiver 1/3 de seu espaço preenchido, sendo necessário esvaziar constantemente para não correr o risco de acabar descolando da pele.

Quanto ao tipo de bolsa coletora utilizada 10 pacientes responderam que usam a bolsa com sistema drenável, 2 pacientes usam a bolsa com sistema fechado (não drenável), 10 fazem uso da bolsa coletora de uma peça e 2 utilizam a bolsa coletora de duas peças. Bezerra (2007) diz que as bolsas coletoras são indispensáveis ao ostomizado, elas são divididas em duas categorias: a aberta ou a fechada, e apresentadas no sistema de uma peça ou duas peças. Todos os tipos de bolsas apresentam barreira protetora de pele e produtos acessórios que são utilizados no cuidado das ostomias.

Quando questionado se necessitam de auxílio para o autocuidado, 58% dos participantes da pesquisa disseram que não necessitam, pois já fazem uso da bolsa coletora há muito tempo e sabem colocá-la sem auxílio. Já 42% dos participantes precisam de ajuda, pois não conseguem manuseá-la sozinhos. O conhecimento sobre o autocuidado permite ao paciente ostomizado certa independência, pois ele mesmo consegue realizar seus cuidados através da prática de técnicas adequadas e simplificadas que promovem a segurança do mesmo (NASCIMENTO et al. 2011).

Ao serem questionados com relação aos cuidados com a pele ao redor do ostoma, 42% dos participantes relataram que expõem sempre que possível ao sol da manhã, 83% realizam a limpeza ao redor do ostoma somente usando água e seu sabonete, 91% evitam substâncias como álcool, benzina, colônias, pomadas e cremes no local do ostoma. Apenas 17% dos participantes aparam os pelos sempre que necessário com a tesoura e nenhum participante relatou que realiza outro tipo de cuidado com a pele ao redor do ostoma. Segundo o INCA (2010) o ostomizado deve sempre aparar os pelos ao redor do ostoma; ele deve ser exposto ao sol da manhã até umas 10h; quando exposto ao sol o ostoma deve ser protegido com uma gaze umedecida, e não deve ser usado nenhum tipo de produto que possa provocar reação alérgica.

Foi finalizada a pesquisa com essas três perguntas aos pacientes que foram divididas em três categorias que serão descritas a seguir.

Quais as dificuldades encontradas devido ao ostoma?

Nesta categoria os pacientes entrevistados relataram um pouco sobre as dificuldades encontradas devido a ostomia, dificuldades essas relacionadas ao trabalho, lazer e o convívio social.

“A dificuldade que eu tenho é devido a minha profissão, porque eu viajo e na estrada nunca tem um banheiro adequado [...] às vezes eu tenho até que fazer a troca dentro do caminhão, [...].” (E1)

“[...] tem algumas roupas que a gente quer usar, mas não dá pra usar, e também não é fácil de achar um parceiro, manter um relacionamento, porque tem gente que não entende o problema da gente.” (E2)

“[...] quando eu fiz a cirurgia sempre vinha à bolsinha transparente, [...] então ela às vezes aparecia [...] deixa a gente desconfortável.” (E3)

“Já fui pra praia com a bolsa, com ela bem tapadinha [...] e quando eu quero sair pra algum lugar eu quase nem janto pra não encher a bolsa.” (E4)

“Deixei de fazer bastante coisa, não saía, não tinha vontade de fazer nada [...].” (E5)

“Deixo de frequentar certos lugares por causa do banheiro que não é adequado, às vezes eu levo uma garrafinha, mas a gente fica com vergonha [...] e às vezes não limpa bem [...]” (E6)

“[...] deixei de frequentar a missa com medo que as pessoas fossem sentir mau cheiro, e as vezes solta gazes e faz um barulhinho aí eu ficava pensando que todo mundo ia ouvir [...]” (E7)

“Não deixei de frequentar nenhum lugar e nem de fazer as atividades que gostava, estou contente com a bolsinha, já me acostumei e vou deixar até morrer.” (E8)

“[...] Eu costumava sair sempre, e agora deixo de sair porque tenho a sensação de que a bolsa vai abrir [...]” (E9)

“Minha mãe não deixou de frequentar nenhum lugar devido a ostomia [...]” (E10)

“Não deixei de fazer nada que eu gostasse, nem deixei de frequentar algum lugar que eu gostava, [...], eu viajo, tenho o meu carrinho, não tem anormalidade nenhuma.” (E12)

De acordo com as falas dos pacientes que foram entrevistados, observa-se que uma das dificuldades encontradas devido à ostomia são os banheiros que não são adequados, pois não possuem os equipamentos necessários para a limpeza da bolsa

coletora, levando o paciente a ter que buscar soluções que causam constrangimento ou desagrado.

Segundo Carvalho et al. (2013), além das alterações no modo de vida, os portadores de ostomia têm de adotar várias medidas de adaptação, as atividades diárias devem ser reajustadas, pois já não poderão fazer o que antes eram acostumados a fazer, como o autocuidado e a manipulação das bolsas coletoras.

O aspecto mais enfatizado pelos entrevistados foi em relação ao convívio social, ou seja, muitos deixam de frequentar determinados locais por vergonha, por medo ou por insegurança. A inserção social e familiar deve ser uma das metas de acompanhamento desse paciente. No início do tratamento o paciente apresenta dificuldades de voltar as suas atividades cotidianas, como os afazeres de casa, frequentar lugares que antes era acostumado a frequentar, viagens, que hoje por medo e vergonha muitos não fazem mais. Mas com apoio da equipe de enfermagem ou dos profissionais que o acompanham quanto dos familiares, se torna mais fácil.

Quais as contribuições da enfermagem para o autocuidado?

“A enfermeira do posto me ajudou muito, ela foi muito importante [...]” (E7)

“As enfermeiras do hospital me passaram orientação com relação a alimentação [...] e também com relação a higiene [...]” (E10)

“[...] o único auxílio que eu tive foi os curativos após a cirurgia que elas vinham fazer em casa [...] no hospital me deram todas as orientações, mostraram como era a troca da bolsinha e eu vim com a experiência lá do hospital.” (E11)

“Eu nunca precisei delas, até teve uma vez que foi morar um senhor lá perto de casa e eu emprestei bolsa pra ele, até as enfermeiras vieram pedir pra mim ajudar a colocar bolsa nele [...]” (E6)

“As enfermeiras do hospital me orientaram com relação aos cuidados, como limpar e para não pegar peso [...]” (E4)

“Recebi as orientações necessárias quando a fiz a cirurgia [...] e hoje quando eu tenho alguma dúvida procuro as enfermeiras do núcleo de apoio.” (E3)

“O pouco que utilizei o hospital as enfermeiras foram excelentes, foram bem prestativas [...] sempre fui muito bem atendido por elas.” (E1)

“Elas sempre esclarecem minhas dúvidas. Eu frequento o postinho, a médica e a enfermeira vão lá em casa dois dias por semana [...]” (E5)

“Se a gente tem alguma dúvida, as enfermeiras esclarecem.” (E9)

“Não recebi nenhuma orientação, nem por parte da equipe de enfermagem, nem por parte do médico, tudo o que aprendi foi com as enfermeiras do núcleo de apoio.” (E12)

Conforme as falas citadas percebe-se que no início e durante a fase de tratamento, a equipe de enfermagem continua dando suporte a esses pacientes e prestando as orientações com relação aos cuidados.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental, pois devem dar suporte e um acompanhamento direto do paciente, prevenindo possíveis complicações e ajudando a paciente a enfrentar as mudanças ocasionadas pela ostomia (CARVALHO et al., 2013).

Para o ensino do autocuidado ao paciente ostomizado devem ser adotadas formas, meios de conhecer o modo de agir, pensar e também suas características pessoais, para ver qual a melhor forma de ensinar esses pacientes, e adequar o ensino com a sua realidade (LENZA et al. 2012).

Como você avalia a atuação da equipe de enfermagem que faz parte do núcleo de apoio?

“As enfermeiras do grupo falam bastante coisas boas, [...] elas falam coisas que é pra gente aprender, coisas que eu não sabia e que eu fiquei na dúvida elas explicaram [...]” (E4).

“É a primeira vez que venho no grupo, mas bem legal, deve ter sempre esse grupo, muito interessante, porque daí a gente vem e aprende.” (E5).

“Eu achei bem legal porque elas explicam desde a limpeza, até a alimentação a higiene, o modo de tratar e cuidar, o exercício, o esforço, como cuidar para não ter uma hérnia [...]” (E8).

“[...] o atendimento é muito bom, a gente tá direto em contato, se eu precisar eu ligo pra elas, e elas me atendem prontamente, e pra mim está sendo maravilhoso esse grupo, é um aprendizado.” (E11).

“Elas são importantes, porque orientam a gente nas coisas que a gente não tem noção [...] Sempre que alguém diz alguma coisa de como é a melhor forma de tratar é melhor pra gente.” (E12).

“Elas são bem eficientes. Dão atenção pra gente, e qualquer coisa que a gente fala elas vão te ajudar [...]. Elas sempre dão apoio [...]” (E6)

“Sempre que preciso das enfermeiras elas são bem atenciosas” (E7).

“O atendimento da equipe de enfermagem do grupo é bom, com relação as dúvidas elas sempre esclarecem, e sempre nos fornecem os equipamentos necessários.” (E9).

“[...] a reunião que eu fui foi legal, elas deram atenção no que eu perguntei [...] fui bem atendido, elas tiraram minhas dúvidas.” (E1).

De acordo com os relatos dos pacientes o núcleo de apoio é de extrema importância, pois os profissionais são capacitados e dão toda a atenção necessária. Além de fornecer suporte técnico a esses pacientes, é necessário desenvolver atividades educativas nos encontros com os ostomizados, de tal forma que incentive os pacientes a voltarem nos encontros.

Segundo Bechara et al. (2005) se o paciente faz parte de um núcleo de apoio para ostomizados, a reintegração social desse paciente é facilitada e eles também convivem com outras pessoas portadoras de ostomia que colaboram para melhor aceitação da nova imagem corporal e entendimento da sua nova situação.

Considerações Finais

A pesquisa permitiu conhecer o perfil dos pacientes portadores de ostomia intestinal, assim como as contribuições da enfermagem para o autocuidado e identificado as dificuldades encontradas pelo paciente devido à ostomia.

A análise dos dados mostrou que a grande maioria dos pacientes ostomizados apresenta dificuldades por causa da ostomia, mas que é possível se adaptar com essas mudanças. Levando em consideração esses aspectos é possível ver a importância da assistência da equipe de enfermagem para o paciente, que inicia no momento que o paciente recebe o diagnóstico, até o momento que o paciente recebe alta hospitalar e que é encaminhado a um grupo de apoio. Além disso, a presença da equipe de enfermagem para esses pacientes representa apoio e segurança.

A dificuldade na reinserção social também foi um aspecto enfatizado pelos entrevistados, pois muitos ainda deixam de frequentar determinados lugares por medo e vergonha; porém, também como visto, o apoio da família, que é essencial, ajuda o paciente a superar esse sentimento de negação e revolta, tornando-se cada vez mais adaptado à nova rotina.

Neste trabalho ficou evidenciado que o trabalho da equipe de enfermagem é essencial para o ensino do autocuidado e que contribui para o sucesso da reabilitação do ostomizado. Além disso, constatou que os grupos de apoio são essenciais, pois o

paciente conhece outros pacientes na mesma situação que ele e colaboram para a aceitação da sua nova imagem corporal.

A pesquisa traz como contribuição social novas formas de aprender e compreender o paciente ostomizado, contribuindo para ampliar seus conhecimentos acerca do autocuidado desse paciente e também sobre as contribuições da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática, a fim de contribuir para a ampliação do cuidado em saúde ao paciente ostomizado, abrindo espaço para estudos posteriores.

Referências

ABRASO. **Quantitativo aproximado de Pessoas Ostomizadas no Brasil**. 2015. Disponível em: http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm. Acesso em 22 abr. 2015.

ABRASO. **Cartilha da Mulher Ostomizada**. Goiânia, 2009. Disponível em: http://www.abraso.org.br/cart_mulher_ostomizada_4ed.pdf. Acesso em 23 out. 2015.

_____. **Cartilha do Homem Ostomizado**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/Cartilha%20homem%20ostomizado.pdf>. Acesso em 01 out. 2015.

ALVES, Rita de Cássia Pinheiro. et.al. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. **Revista Interdisciplinar**. v. 6. n. 3. p. 26-35, jul.ago.set; 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/90>. Acesso em 16 abr. 2015.

BECHARA, Raimundo Nonato. et al. Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **Revista Brasileira Coloproct**. v. 25, p. 146-149, 2005. Disponível em: http://www.sbcpc.org.br/revista/nbr252/P146_149.htm. Acesso em 20 out. 2015.

BELLATO, Roseney. et al. **A convergência cuidador-educação-politicidade**: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos á saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 15, p. 334-342, abr-jun. Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a18v15n2.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

BEZERRA, Isa Menezes. Assistência de enfermagem ao estomizado intestinal: revisão integrativa de literatura. 2007. 93p. Dissertação para Programa de Pós-graduação (Pós em Enfermagem) – **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Disponível em: http://www.abraso.org.br/Portaria_400_16_11_2009.pdf. Acesso em 16 abr. 2015.

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins. et al. O cuidado de enfermagem aos usuários com estoma – relato de experiência. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. v. 9, n. 17, p. 58-67, Outubro, 2013. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_017/artigos/pdf/Artigo_06.pdf. Acesso em 21 out. 2015.

CETOLIN, Sirlei Favero. et al. Dinâmica sócio-familiar com pacientes portadores de ostomia intestinal definitiva. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v. 26, p.170-172, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n3/03.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

DOMANSKY, Rita de Cássia. Conhecimento dos profissionais acerca das orientações necessárias para adaptação do paciente e sua condição de ostomizado após alta hospitalar. Um estudo preliminar. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 33. p.35-41, 1999. Disponível em: <http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/783.pdf>. Acesso em 20 mai. 2015.

GEMELLI, Lorena Moraes Goetem; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A interpretação do cuidado com o ostomizado na visão do enfermeiro: um estudo de caso. **Revista Latino Americana Enfermagem**. v. 10. p. 34-40. jan-fev, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7769.pdf>. Acesso em 25 abr. 2015.

INCA. Ministério da Saúde. Cuidados com a sua ostomia: orientações ao paciente. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf. Acesso em 23 out. 2015.

LENZA, Nariman de Felício Bortucan. et al. **O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares**: uma revisão integrativa. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2644/pdf>. Acesso em 22 mai. 2015.

LUZ, Alyne Leal de Alencar, et al. **Perfil de pacientes estomizados**: revisão integrativa da literatura. Culturo de lós cuidados. ed. 18. n.39. 2014. Disponível em: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40073/1/Cultura_Cuidados_39_13.pdf. Acesso em 14 out. 2015.

LUZ, Maria Helena Barros, et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina – PI. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 18, p. 140-146, jan-mar, Florianópolis. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

MACEDO, Michelle Santos; NOGUEIRA, Lydia Tolstenko; LUZ, Maria Helena Barros Araújo. **Perfil dos ostomizados atendidos em hospital privado no município de Teresina**. UFPI. Teresina, 2001. Disponível em:

<http://apps.cofen.gov.br/cbcent/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/perfil%20dos%20ostomizados.pdf>. Acesso em 20 out. 2015.

MORAES, Adriana de Andrade; BALBINO, Carlos Marcelo; SOUZA, Marilei de Melo Tavares. O desconforto em pacientes ostomizados. **Revista Pró UniverSUS**. v. 6. p. 05-08, jan-jun, 2015. Disponível em:

<http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V6N12015/pdf/001.pdf>. Acesso em 01 out. 2015.

NASCIMENTO, Conceição de Maria de Sá, et al. Vivência do paciente ostomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, p, 557-564, jul-set, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>. Acesso em 20 out. 2015.

PAULA, Raquel Abreu Barbosa de; SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia. Estudo Retrospectivo sobre a s complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados na cidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, Número especial, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/787.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

RAMOS, Raquel de Souza. et al. **O perfil dos pacientes ostomizados com diagnóstico de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação**. Caderno de saúde coletiva. v. 20, p. 280-286. Rio de Janeiro. 2012.

Disponível em:

http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_280-286.pdf. Acesso em 23 out. 2015.

SANTOS, Carlos Henrique Marques et. al. Perfil do paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. **Revista Bras. Coloproct.** 2007. v. 27. p. 16-19; Paraguassú. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a02v27n1.pdf>. Acesso em 10 out. 2015.

SILVA, Roberto Carlos Lyra; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MEIRELES, Isabella Barbosa. **Feridas, fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul – SP: Yendis editora, 2011.

SOUZA, Jociel Lima de; GOMES, Giovana Calcagno; BARROS, Edaiane Joana Lima. O cuidado á pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador.

Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 550-555, 2009.

Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a17.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

PROJETO DE EXTENSÃO VOVÔLEI: PERCEPÇÃO A PARTIR DO ACADÊMICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Edilvane Moreira¹; Viviane Ribas Campo²; Rodrigo Moraes Kruehl³; José Augusto Alves⁴;

¹Educação Física. UNIBAVE. edilvanii.em@gmail.com

²Educação Física. UNIBAVE. Vivi-bn@hotmail.com

³NEAS. UNIBAVE. rmkpsico@gmail.com

⁴Coord. Ed. Física. UNIBAVE. educacaofisica@unibave.net

Resumo: Desde 2012, vem sendo realizado por acadêmicos da 3ª fase do curso de educação física na disciplina de Desenvolvimento Humano do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE que fica localizado na cidade de Orleans/ SC, O projeto de extensão Vovôlei. O mesmo beneficia idosos da região das encostas da Serra Geral, e poder vivenciar na prática o contato com pessoas de outra faixa etária é um dos objetivos desse projeto de extensão. A Promoção da Saúde foi enfatizada neste projeto, pois a atividade física adaptada é um dos pilares que sustentam uma boa saúde e um envelhecimento saudável. A prática do voleibol adaptada foi o recurso utilizado para promover lazer ativo e qualidade de vida para idosos.

Palavras Chaves: Projeto de extensão. Voleibol. Idosos. Promoção da saúde.

Introdução

A promoção da saúde é interpretada como um processo com a finalidade de ampliar a participação dos indivíduos e comunidades nas ações que atuam sobre os fatores que influenciam a sua saúde e qualidade de vida (MALTA et al., 2014), partindo deste conceito o Projeto de Extensão Vovôlei contempla a afirmação de Malta, pois é um projeto que beneficia a comunidade e indivíduos que lá residem, ofertando uma atividade de lazer ativo para uma melhor qualidade de vida para pessoas idosas.

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos.

Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar a inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006).

Quanto às políticas públicas, é dever do Estado fomentar as práticas esportivas, sendo elas formais ou não formais. Segundo a Constituição brasileira, o poder público vai incentivar o lazer e as atividades físicas como forma de promoção social (BRASIL, 2012). A promoção à saúde desponta como “nova concepção de saúde” em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença (HEIDMANN et al., 2006).

Atividade física é toda ação humana onde o seu movimento faça com que os batimentos cardíacos saiam da frequência de repouso. Sendo assim, atividades cotidianas são consideradas atividades físicas, tais como: ir a pé até o mercado, brincar de pega-pega, subir em árvore, participar de um passeio ciclístico, jogar vôlei com os amigos etc. (SABA, 2011).

O exercício físico, depois de superado o período inicial, é uma atividade usualmente agradável e que traz inúmeros benefícios ao praticante, que vão desde a melhora do perfil lipídico até a melhora da auto-estima (TOFLER, 1996). É uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos que a rotina nos impõe, independente da faixa etária (SILVA, 2010), a atividade física escolhida para o projeto foi o voleibol.

Este projeto teve como objetivo principal tirar os idosos da sua zona de conforto fazer com que eles interagissem entre eles e com os acadêmicos também no quesito entre integração entre idosos e acadêmicos.

Há indicativos de que os idosos que praticaram exercícios físicos há mais de um ano desenvolveram aspectos relacionados à motivação autônoma (prazer pela prática), sendo que entre os aspectos explicativos pode-se apontar o aumento da percepção de competência, bem como a satisfação da necessidade de relacionamento social proporcionada pelos idosos participantes do programa (MEURER, 2012).

De acordo com Matthiesen (1994), o voleibol foi desenvolvido a partir de 1895 pelo canadense Willian C. Morgan, diretor de Educação Física da Associação Cristã de Moços na cidade de Holyoke, Massachussets (EUA). O esporte se originou com o nome de Mintonette, o jogo teve seu nome mudado para Volleyball.

Corroborando Landulfo (1986), a modalidade pode ter sido praticada em nosso país, pela primeira vez, no ano de 1915, no Colégio Marista de Recife, Pernambuco. No ano de 1944, realizou-se o primeiro Campeonato Brasileiro, masculino e feminino,

e, no ano de 1951 (ano de criação da Confederação Brasileira de Voleibol), no Rio de Janeiro, o Brasil conquistou o primeiro Campeonato Sul-americano, com equipes masculinas e femininas (MARCHI Jr, 2000).

A Confederação Brasileira de Voleibol foi criada em 09 de agosto de 1954 com o objetivo de difundir e desenvolver o vôlei no país. Dez anos depois, o voleibol brasileiro marcou presença na Olimpíada de Tóquio, o Brasil é o único país que participou de todas as edições dos Jogos Olímpicos.

Idosos, esporte e reinserção social

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, em 2025 o Brasil terá 250 milhões de habitantes, sendo que 33 milhões estarão na terceira idade. Segundo Gomes (2004, p. 27):

Entre as várias conquistas do século XX, certamente a maior de todas foi o aumento da expectativa média de vida do ser humano. Até o ano 2025, países como o Brasil, considerado em desenvolvimento, terão um aumento fabuloso de sua população idosa constituindo-se em momento significativo da história da humanidade. No entanto, é preciso garantir a esta parcela da sociedade, um mínimo de condições de melhoria na qualidade de vida, proporcionando-lhes o resgate da cidadania, de modo que o idoso possa estar engajado socialmente, participando da vida familiar e da comunidade.

Estas pessoas serão parcialmente sedentárias do ponto de vista dos profissionais da saúde, pois o número de pessoas que não praticam atividades físicas regularmente vem crescendo a cada dia. Por inúmeros motivos, estas pessoas da terceira idade irão desenvolver sérios problemas de saúde, sendo que, um corpo parado sem atividade física, cresce os riscos de obesidade, problemas de coração entre outros (OKUMA, 1998).

A partir destes dados, torna-se necessário que, profissionais da saúde, principalmente na área da Educação Física, devam aprimorar-se progressivamente em estudos relacionados à terceira idade, pois este grupo tornar-se-á uma parcela da população em ascendência na prática obrigatória de atividades físicas (DE JESUS MARTINS, 2007).

O vôlei como é conhecido, é um esporte que exige muito dos atletas, entretanto, é considerado um dos esportes favoritos praticados por não esportistas, ou seja, não

profissionais, adaptando-o para que pessoas da terceira idade possam praticá-lo, sem dúvida torna-se um esporte melhor ainda e mais saudável.

Este vôlei é adaptado e proporciona aos praticantes, o fortalecimento de vínculos comunitários, por meio de mais uma opção de lazer ativo (BOJIKIAN, 1999).

Psicologia do Esporte e o Tempo Livre / Lazer

Segundo Rubio (2000), a Psicologia do Esporte é um campo que pode ser clivado em dois ramos distintos de atuação: num deles está a Psicologia do Esporte acadêmica, que tem seu interesse primordial voltado para a ciência e o ensino, no outro se encontra a Psicologia no Esporte aplicado ou prática.

A Psicologia do Esporte é distribuída em cinco áreas de atuação, o presente projeto esta relacionado com a Psicologia do Esporte, com o Lazer e tempo livre, tendo como objetivo principal acompanhar pessoas que utilizam a prática esportiva ou a atividade física para desenvolver uma melhor qualidade de vida, aproveitando o tempo livre e o lazer.

O esporte, enquanto um fenômeno complexo, e que permite a diversas áreas uma tentativa de compreensão, é o foco privilegiado da pesquisa enquanto possibilidade de atuação acadêmica. O recorte feito do seu objeto, evidentemente, é a interação dos aspectos psicológicos com a prática esportiva (MENEZES, 2012).

O esporte destaca-se como umas das atividades que mais gera prazer, e a satisfação observada em sua prática podem ser explicadas pela elevação do bem estar, subjetivo que ocorre quando o exercício do lazer encontra-se direcionado ao cumprimento de alguma meta.

O objetivo da Psicologia do Esporte nesse contexto é de promoção e prevenção da saúde, facilitando os processos de adesão às atividades físicas.

Procedimentos Metodológicos

A abordagem será qualitativa, que segundo Godoy:

[...] considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados foi realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requereu o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, teve como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados". A pesquisa qualitativa não

procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. (GODOY, 1995, p.58).

Os acadêmicos da 3^o fase de Educação Física do UNIBAVE, primeiro semestre de 2017 responderam questionário aberto sobre os aspectos positivos, negativos, percepção da turma e de sua própria participação em relação ao funcionamento do projeto.

A população de estudo foi idosa, do grupo de convivência de Lauro Muller SC que se inscreveram para participar do Projeto de Extensão Vovôlei. Os participantes do estudo foram 25 idosos, sendo que 21 mulheres e 4 homens.

O local de estudo foi no campus do UNIBAVE e Ginásio da Escola Estadual Walter Hothausen de Lauro Muller SC.

O Projeto de Extensão Vovôlei foi organizado e será subdividido em três etapas:

1^o Momento: Apresentação e Integração

Os idosos se deslocaram ao Centro Universitário UNIBAVE com transporte público municipal intermediado pela Assistente social do município, chegando ao campus universitário os idosos foram recepcionados pelos acadêmicos da 3^o fase de Educação Física e 10^a fase do curso de Psicologia no Centro de Vivências. Logo após este momento o professor das disciplinas Desenvolvimento Humano e Psicologia do Esporte apresentará o Projeto de extensão em forma de slide.

Na seqüência do primeiro encontro será exibido um filme sobre a história do voleibol e fotos de edições antigas de idosos que participaram do Projeto de Extensão Vovôlei, após este momento os idosos serão convidados para realizar uma caminhada pelo UNIBAVE, o trajeto pré-estabelecido passa pela frente do Museu Ar livre, Biblioteca, Casa de Pedra e por alguns laboratórios.

Retornando para o Centro de Vivências os idosos participarão de uma dinâmica com balões, no qual simula um jogo de vôlei. Finalizando o primeiro encontro será servido um lanche para todos os participantes do Projeto de Extensão Vovôlei.

2^o – Momento: A prática do voleibol adaptado

Os idosos são levados por transporte público municipal para o Ginásio disponível. Primeiramente foi realizada uma breve explicação sobre as regras do voleibol e como se desenvolve de forma adaptada para idosos, depois disto os idosos

foram encaminhados para a quadra do ginásio onde os acadêmicos de Educação Física farão a parte de alongamento e aquecimento do corpo, no momento seguinte os idosos serão divididos em três equipes, onde os acadêmicos apresentarão a bola de voleibol oficial e já trabalhar alguns fundamentos do voleibol como passe, os três toques, o rodízio, entre outros.

Após este momento as equipes entram em quadra para jogar o voleibol adaptado, salientamos que os acadêmicos do curso de educação física sempre estarão por perto para apoiar o idoso e orientar em relação ao rodízio. Neste momento do jogo todos os times entram em quadra. Finalizamos o encontro servindo um lanche para todos.

3º – Momento: *Torneio de vôlei adaptado*

Mais uma vez o transporte municipal levava os idosos para o ginásio, onde inicialmente os idosos já divididos com seus respectivos times começam a se aquecer e alongar para o começo do Torneio de voleibol adaptado.

O Torneio acontecerá da seguinte forma, o time que ganhar dois jogos seguidos será o primeiro lugar, os outros dois times disputarão o segundo e o terceiro lugar. Após a competição, será realizada uma cerimônia informal para entrega das medalhas e posteriormente um lanche para todos.

Resultados e Discussões

A relação da universidade com a comunidade se fortalece pela Extensão Universitária, ao proporcionar diálogo entre as partes e a possibilidade de desenvolver ações sócias educativas que priorizam a superação das condições de desigualdade e exclusão ainda existentes. E, na medida em que socializa e disponibiliza seu conhecimento, tem a oportunidade de exercer e efetivar o compromisso com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (ROCHA 2007 apud SILVA, 2011, p.2).

Para Carbonari e Pereira (2007), o grande desafio da extensão é repensar a relação do ensino e da pesquisa às necessidades sociais, estabelecer as contribuições da extensão para o aprofundamento da cidadania e para a transformação efetiva da sociedade. O modelo de extensão consiste em prestar auxílio à sociedade, levando contribuições que visam à melhoria dos cidadãos. O entendimento a respeito da relação entre extensão e sociedade, é uma visão fundamental que possibilita a qualidade da assistência prestada para as pessoas.

Para analisar os dados as respostas foram separadas por quatro eixos: Aspectos negativos, aspectos positivos, percepção da turma em relação ao projeto e a própria percepção em relação sua participação no projeto.

O Projeto se mostra enriquecedor para a formação acadêmica, pois possibilita a visualização e participação de acadêmicos de Educação Física e idosos na mesma atividade.

A Atividade em questão está direcionada a Promoção da Saúde direcionando a atenção para uma parcela da população, em que o profissional de saúde cumpre apenas a função normativa e prescritiva.

Em relação aos aspectos negativos alguns acadêmicos descreveram:

A integração entre os acadêmicos poderia ser melhor, pois alguns não fizeram questão de socializar com o grupo de idosos, estavam desinteressados e nem davam atenção para o projeto.

Apesar de o projeto ter como objetivo momentos de diversão e descontração foi inevitável à presença da competição. Os idosos estavam ali jogando e sem dúvidas queriam conquistar medalhas de ouro, havendo dessa forma algumas desavenças.

Alta competitividade dos idosos foi um dos motivos de preocupação, pois poderia acontecer algum tipo de lesão, pouca divulgação, período do dia que muitas pessoas idosas não saem à noite falta de preposições adequadas.

Para o controle da ansiedade no esporte, a literatura tem apontado diversas estratégias, como por exemplo, relaxamento, visualização no caso do excesso e exercícios de ativação de metas, no caso de baixa ansiedade. Porém, não basta um treinador saber as estratégias de preparo físico e técnico de seus atletas. Ele deve possuir também capacidades de ensinar-lhes a lidar com seus estímulos de estresse. Existem competências psicológicas que o atleta deve aprender a dominar, para responder efetivamente às exigências da competição (VIANA, 1989).

Em relação aos aspectos positivos alguns acadêmicos descreveram:

Esporte na terceira idade, elaboração de projetos visando o bem-estar da sociedade, ter mais conhecimento do que é a terceira idade sabendo assim suas restrições. Este projeto foi muito importante para os idosos e para os acadêmicos, pois para eles oferece uma prática de laser ativo, estimula a autonomia deles o bem estar no seu humor entre outras coisas.

Já para os alunos foi importante, pois o trabalho com uma idade diferente onde tivemos a oportunidade de ter outra perspectiva de análise e pensamento em relação às outras pessoas.

Outro ponto importante que tivemos foi a oportunidade de ter trabalhado na prática o que foi aprendido em sala de aula. Foi um aprendizado enorme conseguir ver a atividade física de uma forma diferente não só como uma competição ou uma simples atividade física e também como de total importância para a saúde física e saúde mental dos idosos. Esse projeto possibilitou aos idosos fazer algo que talvez eles jamais pensassem em fazer como eles mesmos nos diziam eles não são velhos e com força de vontade, vimos que eles têm uma vivência diferente e uma própria integração entre eles.

O projeto Vovôlei foi de muita importância tanto para os acadêmicos quanto para os idosos beneficiados da região de Lauro Muller, pois foi uma experiência para todos e com grande aprendizado. Futuramente o nosso trabalho será realizado com crianças e adolescentes, então foi uma vivência muito rica e que vamos levar para a vida.

Todos conseguiram se superar em relação às atividades proposta tanto os acadêmicos quanto os idosos, os acadêmicos na torcida, na ajuda do rodízio e até mesmo o acolhimento e presença de todos e na parte dos idosos o carinho e a atenção. Os idosos eram muito carinhosos e contribuíram muito para que nosso projeto desse certo. Ficamos muito agradecidos e admirados com o carinho e amor com que os idosos nos receberam.

A Extensão Universitária possui papel importante no que se diz respeito às contribuições que pode trazer frente à sociedade. É preciso, por parte da Universidade, apresentar concepção do que a extensão tem em relação a comunidade em geral. Colocar em prática aquilo que foi aprendido em sala de aula e desenvolvê-lo fora dela. A partir do momento em que há esse contato entre o aprendiz e a sociedade beneficiada por ele, acontece por parte dos dois lados, benefícios (SILVA, 2012).

Em relação aos aspectos percepção da turma em relação ao projeto:

O ponto de vista da turma em relação a este projeto que ocorre desde 2012, certamente não é diferente das edições anteriores. Pode parecer um projeto simples, porém é algo complexo, desde sua elaboração até a prática.

Havendo superação e a participação de ambas as partes, ou seja, dos alunos e dos vinte e cinco idosos que se propuseram a participar desde projeto de extensão Vovôlei. De modo geral, assim como os participantes se engajaram nesta causa para fazer acontecer, os acadêmicos também se empenharam bastante nesse projeto para que tudo saísse perfeito, todos se envolveram de corpo e alma.

A união entre os acadêmicos foi também um dos fatores importantes para que o projeto fosse perfeito do início ao fim desde a recepção até o lanche oferecido aos idosos, visando sempre o bem estar, ou seja, foram três dias de projeto com muito amor e comprometimento fazendo com que tudo saísse como planejado.

Certamente para os idosos envolvidos nesse projeto as sextas-feiras foram inesquecíveis, ficaram felizes com a oportunidade de poder participar desse projeto, sentindo-se abraçados e acolhidos por nós acadêmicos e a reação deles ao nos verem chegando à explosão de alegria, de gritos e palmas era inexplicável. Foi ótimo saber que foi proporcionado isso tudo a eles.

Em relação aos aspectos sobre a percepção da própria participação no projeto:

Grande parte dos acadêmicos citou que aprenderam muito com os idosos a ter mais respeito e a desenvolver a paciência e a escuta para as narrativas trazendo especialidades do ser idoso que envolve as relações familiares, as perdas e as atividades desenvolvidas. E trabalhando com eles aprendemos a modificar a forma como tratamos nossos familiares idosos e a forma de lidar com eles podendo compreender melhor os pontos de conflitos e as necessidades de nossos familiares.

Comprendemos a importância da força de vontade para superar desafios, com os idosos, observando-os, nos seus esforços quanto ao cuidado com a saúde e a autoestima.

Procuramos participar ativamente em todos os momentos de nossos encontros até a nossa despedida no último dia. Conversamos muito com os idosos presentes, com comprometimento visando seu bem estar, perguntando sobre seu cotidiano, assim foi possível observar o estado emocional do grupo de idoso.

Considerando que o perfil do profissional desta área além de congrega conhecimento teórico-prático, também necessita abarcar as políticas públicas de atenção ao idoso, além de ter sensibilidade e empatia. O resgate da autoestima na terceira idade e a formação de uma visão sobre o seu lugar na família e na sociedade. Essa oportunidade nos fez sentirnos privilegiados e gratificados pela oportunidade

que nos foi concedida, pois notamos uma grande ligação desde o primeiro encontro entre os idosos e acadêmicos, percebemos que eles se sentiram apoiados por todos.

Sendo assim conforme, Bertoldo (2007), observa-se um aumento crescente na implantação de programas de atividades físicas em todo o mundo, destacando-se a importância do envolvimento social e a necessidade de criar hábitos saudáveis de vida por meio da prática regular de atividades físicas oferecidas para toda a população. O exemplo, da Espanha, o programa de atividade física para idosos começou a ser implantado no início da década de 90. No ano 2000, na região da Galícia, 70,6% dos municípios ofereciam tais programas. Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como uma percepção eminentemente humana que abarca diversos significados derivados de experiências, valores e conhecimentos individuais e coletivos (BORGHI, 2011).

Considerações Finais

O projeto de extensão Vovôlei proporcionou aos acadêmicos de Educação Física do UNIBAVE e aos grupos de idosos envolvidos, uma vivência fundamentada nos princípios da Promoção da Saúde e da inserção social voltado ao grupo em questão, por meio da prática do conhecimento desenvolvido em sala de aula. Articulando a partir disso, as especificidades que as pessoas idosas adquirem no viés social, bem como, as particularidades e limitações no quesito saúde.

Com base nestas considerações e buscando a prática do profissional de educação física, o presente projeto contribuiu para o bem-estar destes grupos em potencial, bem como a prática significativa da teoria de sala de aula dos acadêmicos envolvidos.

No Projeto Vovôlei, a Psicologia do esporte também esteve presente em todos os aspectos, pois buscou oferecer uma prática adaptada e diferenciada para pessoas idosas. Além do jogo de vôlei, observou-se que houve a elevação de autoestima, visto que algumas limitações foram superadas e o fortalecimento de vínculos comunitários e de amizade foi observado como resultados perceptíveis e de saldo muito positivo do presente projeto de extensão.

Consideramos que, em qualquer que seja o local determinado para o exercício das práticas esportivas e de lazer ativo, é de fundamental importância à participação e o acompanhamento de profissionais preparados, sempre observando os cuidados devidos para que, não sejam realizadas cobranças de performances, além daquelas

que são adequadas ao desenvolvimento físico e da área de interesse do idoso durante todas as atividades de extensão realizadas para a melhora na promoção de saúde.

Nesse sentido, o estudo mostrou que o convívio no Projeto de Extensão Vovôlei pode ser um importante veículo de promoção para que as ações de saúde atinjam um número significativo de idosos. Acredita-se que esta pesquisa possa subsidiar outros estudos, favorecer a compreensão das necessidades decorrentes do processo de envelhecimento, contribuir para que os futuros idosos não sejam estigmatizados e para que esta fase da vida seja mais bem compreendida e respeitada em sua plenitude. É importante ressaltar que ter ou não qualidade de vida não é responsabilidade individual. Fatores econômicos, sociais e culturais interferem diretamente no bem-estar de uma população. Desse modo, deve-se investir constantemente para a construção de uma sociedade que esteja preparada para envelhecer com qualidade.

Referências

BERTOLDO, Tânia Rosane; Takase Gonçalves, Lúcia Hisako; PINTO da Silva Mota. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2007.

BOJIKIAN, J. C. M. **Ensinando voleibol**. São Paulo: Phorte, 1999.

BORGES, Lucélia Justino et al. **Influência de um programa de exercício físico na saúde mental e na aptidão funcional de idosos usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis**. 2009.

BORGHI AC, Sassá AH, Matos PCB, Decesaro MN, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2011; 32(4):751-8.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 46. Ed. São Paulo, SP: Editora Saraiva 2012. 450 p.

CARBONARI, Maria; PEREIRA, Adriana. **A extensão universitária no Brasil, do assistencialismo à sustentabilidade**. São Paulo, Setembro de 2007. **Base de dados do Anhanguera**. Disponível em: Acesso em: 26 ago. 2012.

CHEIK, Nadia Carla et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.

COMPSTON, Juliet. **Osteoporose**: v.7. São Paulo, SP: Editora Três, 2001.

CHODZKO-ZAJKO, W. J., PROCTOR, D. N., SINGH, M. A. F., MINSON, C. T., NIGG, C. R., SALEM, G. J. & SKINNER, J. S. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 41(7), 1510-1530, 2009

DE JESUS MARTINS, Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.

GILLESPIE, L. D. et al. Interventions for preventing falls in elderly people. **Cochrane Data base Syst Rev.**, v. 4, 2003.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/pesquisa-qualitativa-exploratoria-e-fenomenologica-alguns-conceitos-basicos/14316/>. Acesso em 30 de agosto de 2017.

GOMES, Lucy. LOURES, Marta Carvalho. ALENCAR, Josélia. **Universidades abertas da Terceira Idade**. Revista Dia Logos. Vol. 04, Nº04. 2004.

GORGATTI, Márcia Gregoul. **Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

HEIDMANN, Ivonete Buss et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 2, n. 15, p. 352-358, jun. 2006.

LANDULFO, G. **Almanaque do vôlei. Placar**, São Paulo, Suplemento especial, n. 853, 1996.

KARAM, Francisco Consoli. MEYER, Flávia. SOUZA, Antônio Carlos Araújo de. **Esporte como prevenção de osteoporose: um estudo da massa óssea de mulheres pós-menopáusicas que foram atletas de voleibol**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Educação Física. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921999000300006>. Rev. Bras. Med. de Esporte. Vol. 5 No .3. Niterói Maio/Jun. 1999.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Ver. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 3, p. 286-299, maio 2014.

MATHER, Anne S. et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. **The British Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 5, p. 411-415, 2002.

MATHIESEN, S. Q. Um estudo sobre o voleibol: em busca de elementos para sua compreensão. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Santa Maria, v. 15, n.2, p.195-199, jan-abr, 1994.

MARCHI JR, W. **A grande “sacada” do Voleibol: Uma análise sociológica sobre o desenvolvimento da modalidade no Brasil no período de 1970 a 2000.** Texto preliminar de tese apresentado ao grupo de pesquisa em história do Esporte, lazer e Educação Física. Campinas: Unicamp, p.60. 2000.

MCARDLE, William D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L. **Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano.** 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011. 1.061 p.

MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon. Fatores motivacionais de idosos praticantes de exercícios físicos: um estudo baseado na teoria da autodeterminação. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 17, n. 2, p. 299-304, 2012.

MAZO, Giovana Zarpellon. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 3ª ed. rev. amp. Porto Alegre, RS: Sulina, 2009. 318 p.

MENEZES, Rafael Pombo et al. Contribuições da concepção dos fenômenos complexos para o ensino dos esportes coletivos. Motriz: **Revista de Educação Física**, 2012.

OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa.** Papyrus Editora, 1998.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE et al. Physical activity guidelines advisory committee report, 2008. Washington, DC: **US Department of Health and Human Services**, v. 2008, p. A1-H14, 2008.

RUBIO, K. **Psicologia do esporte. Interfaces, pesquisa e intervenções.** São Paulo. Casa do Psicólogo, 2000.

SABA, Fabio. **Mexa se: atividade física, saúde e bem-estar.** 3ª. Ed. rev.amp. São Paulo: Phorte, 2011. 323 p.

SILVA, R Set al. **Atividade física e qualidade de vida.** 2010.

SILVA, Valéria. **Ensino, pesquisa e extensão: Uma análise das atividades desenvolvidas no GPAM e suas contribuições para a formação acadêmica.** Vitória, novembro de 2011. Base de dados do Scielo. Disponível em: Acesso em: 22 ago. 2012.

TOFLER GH, MITTLEMAN MA, MULLER JE. **Physical activity and the triggering of myocardial infarction: the case for regular exercise.** Heart 1996.

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

VIANA, M. Competição, ansiedade e autoconfiança: implicações na preparação do jovem desportista para a competição. **Treino Desportivo.** Lisboa: II série, n. 13, p. 52-61, 1989.

VIEIRA, Silvia. Freitas, Armando. **O Que é Vôlei: História, Regras, Curiosidades.**
São Paulo: Editora: Casa Da Palavra, 2007.

PROJETO MEU LUGAR NO MUNDO: ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO À POPULAÇÃO DE RUA DE BRAÇO DO NORTE/SC

Natanael de Medeiros¹; Rodrigo Diaz de Vivar y Soler ²; Thuane Oenning Kuntz³

¹Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. natanael.bn@hotmail.com.

²Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. diazsoler@gmail.com

³Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. thuane_ok@hotmail.com

Resumo: A psicologia jurídica tem um compromisso de transformação social. É por meio desta prática que o CREAS, caracterizando-se como um equipamento público, promove uma rede de apoio à população. No âmbito da Proteção Social Especial, atende as pessoas com risco social grave, oferecendo também o serviço de atendimento à população em situação de rua. O projeto meu lugar no mundo vem de encontro com as políticas públicas voltadas a esta demanda, instrumentalizando o equipamento de referência na prestação desta modalidade de serviço. O mesmo foi desenvolvido durante o estágio obrigatório no campo de Processos Institucionais do curso de Psicologia.

Palavras-chave: Psicologia jurídica. População de rua. CREAS.

Introdução

O presente projeto tem por objetivo instrumentalizar o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS de Braço do Norte/SC no âmbito da proteção social especial no serviço de atendimento à população de rua. Este projeto surgiu a partir da necessidade de um instrumento referencial para o trabalho da equipe e desenvolve-se no estágio de processos institucionais que contempla a psicologia jurídica.

Sobre o contexto em que ocorre, entende-se o CREAS como uma rede pública estatal que oferta à sociedade uma rede de apoio aos direitos violados dos indivíduos, sendo esta dividida em programas que possam garantir o direito à cidadania, promoção de bem-estar, fortalecimento de vínculos, dentre eles o programa de medidas socioeducativas. (CREPOP, 2013)

O CREAS constitui a base do Sistema único de Assistência Social - SUAS. Nesse sentido, ele desenvolve ações voltadas para serviços de alta complexidade junto à população em situação de grave risco social. No município de Braço do Norte, a unidade de referência tem se destacado na implementação desses serviços orientando uma perspectiva de ação em rede na qual são desenvolvidas uma série de

ações por parte de um trabalho multidisciplinar que envolve o Direito, a Psicologia e o Serviço Social.

Deste modo, torna-se muito importante para o desenvolvimento do estágio a ampliação das experiências orientadas pela prática profissional que o presente projeto de intervenção propõe. Tendo em vista a atuação junto as demandas e desafios encontrados pela equipe de referência do CREAS.

A psicologia jurídica se configura de forma recente dentro do campo de saberes psicológicos se comparado as áreas tradicionais dessa ciência. Esta, possibilita a comunicação dos campos da psicologia com o âmbito jurídico. Nesse sentido, há que se salientar o compromisso do psicólogo junto à realidade e a transformação social (FRANCA, 2004).

Enquanto legislação, a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social é um dos recursos importantes das políticas públicas em prol da sociedade, passando a desempenhar tarefas que possam contribuir com a manutenção dos serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo a dignidade, prevenção contra a violência e a efetivação dos direitos de cidadania nesse segmento social. (FEDERAL, 2008).

Assim, cabe aos profissionais que atuam nas áreas de assistência social, se atentar a esse público e as suas necessidades, pois a população em situação de rua sofre todas as formas de violação de seus direitos humanos, todavia, o CREAS que atende essa população possui o serviço de atendimento específico com algumas estratégias e princípios. Dentre elas, a promoção e garantia da cidadania e direitos humanos, reinserção social não discriminação, inclusão social, encaminhamentos a atendimentos psicossocial, acolhimento, respeito à dignidade, entre outros. (FEDERAL, 2008).

Por conta desse aspecto, o projeto que ora apresentamos procura trabalhar de modo prático junto à população de rua atendida pela equipe do CREAS. Visando orientar sua perspectiva em relação ao seu papel de protagonistas em consonância com as diretrizes nacionais do trabalho junto à população de rua.

O termo morador de rua refere-se a todo indivíduo que não possui moradia, ou seja, pernoitam em prédios ou casas abandonadas, albergues, ou ainda os que passam por situações mais precárias, como residir em ruas, embaixo de viadutos, pontes, entre outros, o que acaba sendo realidade de grande parte da população brasileira. (DE TAVARES; ARAÚJO; 2015)

Esses sujeitos que se encontram nessa situação são caracterizados conforme a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua que foi instituída por meio do decreto nº 7.053 (BRASIL, 2009), como:

Um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. (FEDERAL, 2008, p. 09)

Também pode ser compreendido como um grupo de homens, mulheres, ou até mesmo famílias, composto por pessoas de diferentes culturas, etnias e realidades, mas que possuem em comum a condição de pobreza, a falta de pertencimento a sociedade e o fato de não possuírem residência. (MOTTA COSTA; 2005)

Estes sujeitos também podem ser imigrantes, desempregados, pacientes psiquiátricos ou dependentes químicos, podemos citar ainda os que são popularmente conhecidos como andarilhos, pessoas que vagam sem rumo específico, de bicicleta ou a pé, pedindo carona e quando veem necessidade. (FEDERAL, 2008)

Entende-se que estes sujeitos podem ter passado por alguma dificuldade na vida que tenha resultado em situações que possam ter levado a condição que atualmente se encontram.

Com o tempo, algum infortúnio atingiu suas vidas, seja a perda do emprego, seja o rompimento de algum laço afetivo, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de projeto de vida, passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia. (MOTTA COSTA, 2005, p.4)

Essa realidade pode ser característica de um processo de exclusão pelo qual o país atravessou ou ainda atravessa. Reflexo de situações econômicas, falta de pertencimento social, desemprego, faltas de perspectivas, de autoestima ou até mesmo de informação. Estes fatores são prejudiciais aos indivíduos, uma vez que afetam diretamente na saúde geral, seja física ou mental, tendo em vista que muitos são dependentes químicos e precisam de algum tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. (MOTTA COSTA, 2005)

A situação de vulnerabilidade em que se encontram os deixam a margem da sociedade, porém, não podemos nos esquecer que apesar destas situações estes sujeitos são cidadãos, com a garantia de direitos previstos na constituição federal.

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” (FEDERAL, 1988, p. 2)

Já o artigo 6º da mesma constituição traz que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (FEDERAL, 1988, p. 8). Neste sentido é importante reforçar que se faz necessária a atuação de profissionais que estejam capacitados para melhor atender a população que se encontra em situação de rua, uma vez que são cidadãos como todos os outros e estão amparados perante a lei.

Assim como as pessoas em situação de rua têm por direito constitucional serem consideradas cidadãs integrais, também as políticas públicas que as contemplam devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a este segmento. (FEDERAL, 2008, p. 6)

É na comprovação das políticas públicas que destaca-se a importância deste projeto de intervenção que instrumentalize a modalidade de Proteção Social Especial - PSE do CREAS, mais especificamente no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua que atende esta demanda na cidade de Braço do Norte/SC de forma a garantir o que preconiza o SUAS e a atual Política Nacional da População em Situação de Rua por meio da oferta de ações de suporte à unidade de referência.

Considerando que esses indivíduos encontram-se em uma condição de vulnerabilidade social é necessária a potencialização de recursos para a superação e prevenção do agravamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos.

Procedimentos Metodológicos

A metodologia desse trabalho foi composta por uma proposta ancorada na perspectiva da pesquisa-intervenção. De acordo com Rocha e Aguiar (2003), esse

modelo metodológico procura articular, de acordo com o objeto de estudo, os elementos epistemológicos e empíricos das ciências humanas e sociais aplicadas.

No caso dessa intervenção, o desenvolvimento de estratégias voltadas para a promoção da cidadania de moradores de rua em Braço do Norte foi delimitado a partir das estratégias vinculadas diretamente ao estágio supervisionado em Processos Institucionais desde o primeiro semestre de 2017 em parceria com a equipe técnica do CREAS. Num primeiro momento, foram realizadas supervisões semanais em que definiu-se o embasamento teórico da proposta de intervenção através da contribuição de autores provenientes da psicologia jurídica crítica. Paralela a essa atividade, foram estreitados os vínculos dos estagiários com a equipe técnica da unidade de referência, sendo definidas as intervenções para o segundo semestre do ano de 2017. Nesse sentido, foi construído um projeto cujas ressonâncias se inscrevem dentro da perspectiva da Política nacional para inclusão social da população em situação de rua instrumentalizada desde o ano de 2008.

Resultados e Discussão

O projeto encontra-se em andamento durante todo o ano letivo de 2017. Dentro dessa perspectiva, elencamos a necessidade de estabelecermos uma aproximação entre o que Azevêdo (2009) chama de responsabilidade social entre a psicologia e os direitos humanos dos sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

No primeiro momento foi realizada a observação do funcionamento do CREAS, que ocorreram semanalmente através de encontros com a equipe multiprofissional, com o objetivo de que por meio dela, fossem planejadas ações voltadas para o desenvolvimento do estágio obrigatório de processos institucionais.

No segundo momento foi realizado um levantamento das condições e demandas do CREAS, através da organização sistemática de planejamentos e realização das atividades relacionadas à psicologia jurídica e seu papel de inclusão e transformação social.

Correlativamente está em andamento a construção de uma cartilha virtual sobre as diretrizes de atendimento voltadas para a população de rua. Em parceria com a Secretaria de Assistência Social do município pretende-se ainda disponibilizar essa cartilha na internet no site da Prefeitura Municipal de Braço do Norte, com o intuito de divulgar o projeto realizado pelo CREAS, além de tornar-se um material informativo para a conscientização da população acerca dessa problemática.

Para que tal objetivo fosse alcançado foram levantadas algumas informações acerca da demanda atendida pelo CREAS entre os anos de 2014 a junho de 2017. As tabelas apresentadas abaixo retratam os 36 atendimentos realizados com a população de rua no município já citado.

Dentre as ações desenvolvidas pelos acadêmicos até o presente momento, destaca-se o fortalecimento do vínculo dos estagiários com a equipe do CREAS de Braço do Norte, além da participação efetiva da construção de uma proposta voltada para a aproximação entre a psicologia jurídica crítica e os modos de produção de subjetividade no mundo contemporâneo. Nesse sentido, podemos recorrer as contribuições de Mendes (2004, p.103) para quem o acompanhamento em relação à população de rua corresponde ao fato de que:

A cidadania não se restringe a uma estruturação jurídico-formal dos direitos e à provisão estatal de bens e serviços. Apenas quando o sujeito marca, com sua singularidade, o espaço comum, e, ao mesmo tempo, consegue construir uma saída que extrapole o previamente determinado é que se afirma sua condição de cidadão. Pode-se, assim, minimizar a tensão existente entre a conformação de um sujeito e a capacidade de exercício da cidadania operando-se um deslocamento da posição do qualquer um universal para o um qualquer capaz de desdobrar e expandir suas particularidades no âmbito público.

Percebe-se, nesse caso como as ações desenvolvidas pela proposta, acabam por favorecer a emergência de um diálogo maior entre o CREAS de Braço do Norte e as estratégias desenvolvidas pela Política Nacional dos Moradores de Rua no sentido, de se promover a articulação entre propostas inovadoras como os atendimentos voltados para a perspectiva da atenção psicossocial, a implementação do consultório de rua e a articulação entre todas as ferramentas metodológicas presentes nos trabalhos desenvolvidos pelas secretarias de saúde e assistência social do município de Braço do Norte.

Deste modo, seguindo as orientações de Pitta (1995), considera-se como elemento fundamental dessa proposta a promoção da cidadania pelos critérios da atenção psicossocial pertinentes à prática da psicologia jurídica crítica.

Tabela 1 - Quantidade de atendimentos registrados anualmente

ANO	Quantidade
2014	2
2015	1
2016	18
2017	13
Não identificado	2
Total	36

Tabela 2 – Sexo da população de rua atendida

Sexo	Porcentagem
Feminino	16,6%
Masculino	83,3%

Tabela 3 – Idade média da população de rua atendida

Idade Média	Valor
Feminino	27,6 anos
Masculino	38,8 anos

Neste sentido, percebe-se a grande atividade e atendimentos realizados pelo CREAS, em se tratando da população em situação de rua, sendo que, a maior quantidade registrada deu-se nos anos de 2016 e 2017, com predominância do sexo masculino e idades com média de 38,8 anos em homens e 27,6 anos em mulheres.

Considerações Finais

De acordo com as informações e intervenções realizadas até o presente momento constata-se que, o diálogo entre a psicologia jurídica crítica e as políticas públicas podem ser instrumentalizadas a partir de contribuições efetivas para as demandas sociais existentes.

Por ser um serviço de alta complexidade o CREAS de Braço do Norte vem se destacando no sentido de proporcionar à população socialmente vulnerável uma ampla oferta de serviços e práticas assistenciais através da articulação em rede com as esferas municipais, estaduais e federais.

Nesse sentido, a construção de um projeto delimitado para o atendimento da população de rua corrobora com as diretrizes políticas voltadas para a cidadania e para os direitos humanos. Há que se salientar o grau de comprometimento, tanto por parte da equipe técnica do CREAS quanto a sensibilização diante de tal problemática

amparando as propostas levantadas em conjunto com a Universidade dando conta do compromisso social firmado entre a psicologia e as políticas públicas.

Deste modo, considera-se pertinente a execução das atividades através de um sensível diálogo entre a teoria e a prática presentes na formação do psicólogo e a articulação com a política nacional da população em situação de rua. Essa intervenção, portanto, referenda o objetivo de instrumentalizar os sujeitos atendidos pelo CREAS de Braço do Norte em consonância com a perspectiva da produção de subjetividades voltadas para a potencialização da cidadania.

Referências

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos. A psicologia social, comunitária e social comunitária: definições dos objetos de estudo. **Psicologia Em foco**. Vol. 2 (1), 2009. Disponível: <file:///C:/Users/rodrigo.soler/Downloads/46-185-1-PB.pdf>. Acesso: 30/08/2017.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, pt. 1, p. 6500, 23 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso: 30/08/2017.

CREPOP (Org.). CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Prática de Psicólogos (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS**. 1.ed. 2013.

DE ARARÚJO, Paulo Thiago; TAVARES, Marcelo Góes. **População em situação de rua e a dialética da inclusão/exclusão**. Caderno de Graduação- Ciências Humanas e Sociais–UNIT-Alagoas,v. 2, n. 3, p. 113-132, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/2081>> Acesso em 04 de Agosto de 2017.

FEDERAL, Governo. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. 2008.

FRANCA, Fátima. **Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil**. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo , v. 6, n. 1, p. 73-80, jun. 2004 .

MENDES, Aline Aguiar. Uma Clínica para o Atendimento a Moradores de Rua: Direitos Humanos e Composição do Sujeito. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2004, 24 (3), 100-105, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a13.pdf>. Acesso em: 30/08/2017.

MOTTA COSTA, Ana Paula. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/3215/321527157003/> Acesso em 04 de Agosto de 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003 Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010 Acesso em 08 de Agosto de 2017.

PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA NO CRAS. PROJETO ENVOLVER: UNINDO PARA FORTALECER

Agnes Campos Cascaes¹; Anderson Fernandes²; Vitor Nascimento³; Rodrigo Moraes Kruehl⁴

¹Centro Universitário Barriga Verde. cascaes.agnes@hotmail.com

²Centro Universitário Barriga Verde. fernandes_deson@hotmail.com

³Centro Universitário Barriga Verde. vitornascimento@outlook.pt

⁴Centro Universitário Barriga Verde. rmkpsico@gmail.com

Resumo: O presente artigo tem o intuito apresentar o Projeto Envolver, o projeto foi desenvolvido no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do município de Lauro Muller em Santa Catarina. Os trabalhos aconteceram mais precisamente na comunidade do Lageado, por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 06 a 14 anos. Com o intuito de trazer concepções sobre a valorização do indivíduo e o direito de ser, contribuição e participação de todos na construção de práticas comprometidas com o desenvolvimento individual e a transformação social em direção à ética voltada para a emancipação humana por meio da integração e convivência em grupo. As intervenções realizadas foram elaboradas de acordo com os eixos: Direito de ser, participação e convivência social.

Palavras-chave: CRAS. Projeto Envolver. Crianças e adolescentes.

Introdução

O presente artigo tem por intuito apresentar o Projeto Envolver, por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do CRAS de Lauro Muller.

O Projeto Envolver, que foi desenvolvido por acadêmicos da sétima fase do curso de Psicologia do Unibave de Orleans através do estágio obrigatório de Psicologia Social e Comunitária tem como meta melhorar a convivência interna dos usuários, aproximar pais e responsáveis mostrando a importância da participação de todos, elaboração de rodas de conversa para a discussão de temas como Direitos, sexualidade, *bullying*, higiene, família dentre outros.

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é a unidade básica de atendimento e promoção de ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É referência para o desenvolvimento de todos os serviços sócio assistenciais de proteção básica no seu território de abrangência. Esses serviços devem ser ofertados diretamente no CRAS, desde que disponha de espaço físico e equipe compatível.

Quando desenvolvidos no território do CRAS, por outra unidade pública ou entidade de assistência social privada sem fins lucrativos, devem ser obrigatoriamente a ele referenciados (MOURA, 2011).

Os serviços oferecidos no CRAS são o serviço de proteção e atendimento integral as famílias – PAIF e os serviços de convivência de diversas faixas etárias.

Este projeto será desenvolvido no período de um ano em 2017 através do estágio obrigatório de Psicologia Social Comunitária do curso de Psicologia do Unibave de Orleans.

O objetivo deste artigo é unir em um mesmo plano os três eixos que norteiam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos que são eles: Direito de ser, participação e convivência social, além de estar sempre estimulando a boa convivência de crianças e adolescentes de 06 a 14 anos que fazem parte do serviço de apoio.

As atividades sócio educativas foram desenvolvidas de forma lúdica para o melhor entendimento, cuidados com higiene, boas maneiras, responsabilidade e bom convívio em comunidade, promovendo o desenvolvimento individual e transformando o meio em que vivem.

Psicologia Social e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de seis a quatorze anos.

Iniciamos nosso trabalho partindo do pressuposto de que somos seres sociais e por assim sermos, dificilmente podemos conceber um indivíduo isolado do seu contexto social. A psicologia social tem como um dos seus principais enfoques, estudar as influências sociais que o indivíduo pode sofrer e seus comportamentos. Além destas influências sociais mais amplas, há todo um processo de aprendizagem das pessoas envolvidas numa experiência comunitária. O se defrontar com os outros, o se descobrir diferente, único e, ao mesmo tempo, assumir igualdade de direitos e deveres, a responsabilidade de pensar, de decidir e agir, é um processo que se desenvolve através de práticas e reflexões sucessivas. Não há receitas, nem técnicas pré-definidas, cada grupo desenvolve um processo próprio, em função de suas condições reais de vida e das características peculiares dos indivíduos envolvidos (LANE, 1994).

É impossível compreender como se deram as políticas que envolvem a assistência social sem voltarmos ao passado. Por volta de 1975 à 1990 vivemos num

cenário de grandes mudanças no nosso país, como movimentos políticos de reivindicações urbanas, movimentos pela redemocratização do país, reivindicações à saúde, a luta pela anistia, atuação de ONGs, projetos de esferas públicas como o conselho da criança e do adolescente, saúde, educação e habitação (CORREA; FONTES, 2007).

Em 1993 é aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), um dos objetivos mais importantes é a proteção à família, a promoção da integração no mercado de trabalho, amparo a crianças e adolescentes trabalhando com mecanismos que tentam impedir a exclusão social, seja ela decorrente de doença, velhice, privações. Com a distribuição de materiais sejam alimentícios ou recursos financeiros e também com saberes culturais que permitirão a integração e socialização na vida em comunidade (BRASIL, 1993).

Em 2004, à partir das deliberações de IV Conferência Nacional da Assistência Social foi criado o Suas, Sistema Único de Assistência Social. As ações ofertadas pelo Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território. A Assistência Social como política de proteção social disponibiliza serviços e trabalha para a proteção a partir de uma visão social inovadora, dando continuidade ao inaugurado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, pautada na dimensão ética de incluir “os invisíveis”, os transformados em casos individuais, enquanto de fato são parte de uma situação social coletiva; as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades (BRASIL, 2004).

O SUAS se propõe como instrumento para a unificação das ações da Assistência Social, em nível nacional, materializando as diretrizes do Loas. Em especial, ratificar o caráter de política pública de garantia de direitos, contrapondo-se e destituindo o histórico assistencialismo do “primeiro-damismo”. Esse novo modelo de gestão da política da assistência social prioriza a família como foco de atenção do território como base da organização de ações e serviços em dois níveis de atenção, a proteção social básica e a proteção social especial (CRUZ; SCARPARO; GUARESCHI, 2007).

A Proteção Social Básica objetiva prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, com precário acesso aos serviços

públicos e/ou fragilização de vínculos afetivos. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada (BRASIL, 2004).

A Proteção Social Especial atende indivíduos que já tenham os seus direitos violados. A partir do momento que o indivíduo tem os seus direitos violados ou ameaçados e passa do estágio da prevenção para o da necessidade de intervenção ele será acolhido pela proteção social especial, por meio do CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), que busca garantir, por meio da execução de seus serviços a segurança de acolhida, a segurança de convívio ou vivência familiar, comunitária e social, e, a segurança de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social. As outras duas seguranças, a de renda e a de sobrevivência a riscos circunstanciais são garantidas a partir de benefícios e de programas de transferência de renda, os quais são ofertados pelas instituições da proteção social básica (BRASIL, 2005).

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

O CRAS desenvolve ações de inserção de famílias através de acolhimento e recepção, escuta e encaminhamento, grupos diversos (crianças, adolescentes, adultos e idosos), oficinas de geração de renda. Os indivíduos vinculados ao CRAS são as famílias em situação de vulnerabilidade e beneficiários do bolsa família, programa que foi criado para o propósito de auxiliar famílias carentes e que tenham dificuldades de garantir seus direitos básicos, como por exemplo: alimentação, acesso à educação e saúde (BRASIL, 2004).

A ação preventiva vem com o intuito de prevenir, chegar antes, evitando algo que venha ser ruim no futuro. O caráter preventivo requer intervenções orientadas a evitar a ocorrência ou o agravamento de situações de risco e vulnerabilidade social que podem impedir o indivíduo de ter acesso aos seus direitos. A atuação protetiva vem após a ruptura, vem com o intuito de amparar, auxiliar, enviando esforços para a garantia e promoção dos direitos defendendo o acesso do indivíduo e de sua família aos seus direitos. A atuação proativa está ligada ao reconhecimento e intervenção em circunstâncias que originam problemas e que venham a impedir ou dificultar o acesso da população aos seus direitos. Ser proativo consiste em promover iniciativas,

antecipar ações ou torna-las imediatas frente a situações de risco. A atuação proativa é imprescindível para a atuação intencional do PAIF (FONSECA, 2013).

Um dos principais serviços ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). O Serviço consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL, 2012).

O SUAS destaca o caráter fundamental dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV). O SCFV é um serviço efetuado com grupos, organizado de modo a prevenir as situações de risco social, amplificar trocas culturais e de vivências, desenvolver os sentimentos e identidade, fortalecer vínculos e instigar a socialização e a convivência comunitária. Traçada na defesa dos direitos e exaltando as potencialidades de cada indivíduo, alertando situações de vulnerabilidade social (GOTER, 2016).

É essencial que as atividades sejam planejadas e considerem os eixos norteadores do serviço de convivência social, direito de ser e participação, a fim de que efetivamente criem situações desafiadoras para os usuários e os estimulem, bem como os orientem, a construir e reconstruir as suas histórias e vivências individuais e coletivas (BRASIL, 2015).

O SCFV da assistência a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. A vulnerabilidade pode ser relacionada a situações de perigo que o sujeito possa ser remetido, levando em consideração que são situações vinculadas diretamente em fatores sociais, uma vez que a criança também é um indivíduo inserido na sociedade ela sofre com as estruturas sociais que são oferecidas para ela. A família é extremamente importante para a formação social dos filhos, suas ações determinarão o futuro das crianças, se as crianças forem obrigadas pelos pais a serem alienadas a vulnerabilidade elas serão condicionadas a não procurar uma melhoria de vida, ficarão presas a uma visão de miséria e sofrimento, pois foi essa visão que lhe foi apresentada em sua fase infantil, mas se a família oferecer meios de melhoria de vida, certamente sua realidade quando chegar à fase adulta será outra (ALVES; SANTOS; FERNANDES, 2016).

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo se caracteriza na forma de relato de experiência, a identificação de fatores determinantes para a efetivação do projeto e seus resultados de acordo com os três eixos: Direito de ser, participação e convivência social, serão observados aspectos pessoais e em convívio social de crianças e adolescentes que fazem parte do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos do município de Lauro Muller SC.

O local de estudo foi realizado no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, situado na comunidade do Lageado.

A população do estudo são 52 crianças e adolescentes, sendo 35 meninos e 17 meninas. Os encontros são realizados todas as segundas, quartas e sextas-feiras, no período matutino e vespertino. Os estagiários fazem 4 horas semanais, nas sextas-feiras, no período vespertino, atendendo aproximadamente 22 crianças e adolescentes.

A equipe técnica do SCFV para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos é composta por duas orientadoras sociais, uma cozinheira e um estagiário de Educação Física, o serviço ainda conta com um psicólogo e assistente social que apoiam este serviço.

Resultados e Discussões

Utilizando os três eixos: Direito de ser, participação e convivência social, as atividades desenvolvidas tem como intuito a valorização do indivíduo e de suas potencialidades, participação e construção de práticas comprometidas com o seu desenvolvimento individual e a transformação social em direção à ética voltada para a emancipação humana.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome trazem-nos esclarecimentos sobre os eixos que norteiam o SCFV. O eixo principal é o da Convivência Social: Existem sete eixos relacionados à convivência social, são as capacidades sociais; capacidade de encontrar emoção e ter autocontrole, capacidade de demonstrar cortesia, de comunicar-se, de desenvolver novas relações sociais, capacidade de encontrar soluções para os conflitos do grupo, capacidade de realizar tarefas em grupo, de promover e participar da convivência social em família, grupos e território. Eixo segundo, Direito de Ser refere-se ao estímulo do exercício da infância

e da adolescência sendo que o Serviço deve promover experiências que potencializem as vivências destes ciclos etários. Os sub eixos que seguem o Direito de Ser são; direito a aprender e experimentar, brincar, direito de ser protagonista, direito de adolecer, direito de ter direito e deveres, direito de pertencer, direito de ser diverso e o direito à comunicação. O eixo terceiro, o da Participação tem como foco estimular a participação dos usuários nas diversas esferas da vida pública, a começar pelo SCFV, pela família, comunidade e escola, tendo em mente o desenvolvimento como um sujeito de direitos e cidadão. Os sub eixos são a participação no serviço, participação no território e participação como cidadão (BRASIL, 2015).

Das atividades sócio educativas que integraram o Projeto Envolver analisaremos duas atividades, sob a ótica do envolvimento e participação da criança e do adolescente.

A primeira atividade realizada foi usada duas maçãs, uma totalmente sadia e outra que anteriormente fora magoada/machucada por dentro, porém, permanecendo intacta por fora, fazendo com que as duas visualmente tivessem a mesma aparência. Para a conclusão da atividade foi solicitado que as crianças fizessem um desenho sobre o que havia chamado mais atenção na atividade e o que elas haviam entendido utilizando de tintas guache e uma placa de isopor para cada aluno desenvolver o desenho.

Na primeira maçã pedimos para que as crianças falassem coisas boas para a mesma, elogios apareceram, como por exemplo; você é linda, você é cheirosa, que bom que você está aqui, ela também foi acariciada pelas crianças, já na segunda maçã foi pedido para que eles a criticassem, falassem coisas ruins para a mesma, no primeiro momento as crianças ficaram com receio de falar as tais coisas ruins, mas logo em seguida começaram; você é feia, você fede, não queremos você aqui, saia fora...

Após a sessão de elogios e ofensas passamos para a segunda etapa que foi mostrar para as crianças como ficou cada uma das maçãs, as cortamos igualmente ao meio, a primeira maçã que recebeu elogios estava bonita por dentro e por fora, sem nenhum machucado. Já a segunda maçã por fora estava sem nenhum machucado, porém, por dentro ela estava toda magoada, machucada pelas críticas e ofensas que recebeu. Para finalizar a atividade foi pedido para que as crianças fizessem um desenho usando tinta guache e isopor, sobre o que elas tinham entendido pela atividade.

Nesta atividade percebemos que as crianças conseguiram assimilar os conteúdos que estávamos trazendo com as suas vivências do cotidiano, principalmente na hora de fazer o desenho, trouxeram acontecimentos do dia a dia que se relacionava com o tema, durante a brincadeiras se vigiavam prestando atenção nas atitudes dos colegas.

Utilizar recursos didáticos no processo de ensino - aprendizagem é importante para que o indivíduo assimile o conteúdo trabalhado. De acordo com o histórico do uso dos recursos didáticos na educação, pode se dizer que as transformações sociais e políticas mundiais e o desenvolvimento da psicologia trouxeram consigo a preocupação com o papel da educação, trazendo à luz estudos sobre o desenvolvimento infantil na aquisição do conhecimento, isso fez com que surgissem teorias pedagógicas que justificassem o uso de materiais “concretos” em sala de aula que com o passar dos anos tomaram feições diversificadas (DE SOUZA, 2007).

A partir dessa atividade abrimos a possibilidade de trabalhar a empatia dos mesmos de discussão e reflexão com as crianças e adolescentes sobre o bullying, sobre a forma com que eles se relacionavam e como é importante ser gentil, tratar bem todos que fazem parte de vida, da sua rotina, sabendo que tudo que falamos para o outro permanece nele e se falamos coisas negativas podemos machuca-los, mas por outro lado, se tratarmos de forma positiva podemos fazê-los felizes melhorando o convívio com os demais.

O Bullying é um comportamento agressivo e persistente com a intenção de causar dano físico ou moral em um ou mais estudantes que são mais fracos e incapazes de se defenderem (DAN, 1993).

Outra atividade desenvolvida foi em relação às palavras mágicas (por favor, obrigado, desculpe, com licença, bom dia, boa tarde e boa noite) promovemos uma roda de conversa com as crianças e adolescentes sobre onde e como as palavras mágicas poderiam ser usadas e qual o intuito de cada uma delas.

Após uma breve introdução utilizamos papel pardo e canetões para aplicar a atividade. Uma a uma as crianças deitaram sobre o papel pardo e com a ajuda de um canetão fora feito o seu contorno no papel, cada criança representava uma palavra-mágica, após a elaboração dos desenhos os mesmos ficaram expostos na sala em que as atividades foram feitas.

Segundo Fernandes 2 Santos (2009)

Um repertório desejável e que pode ser desenvolvido no ambiente escolar é o de comportamentos pró-sociais como respostas de apresentação, cumprimentos, desculpas e agradecimentos, que facilitam as interações sociais ao tornar as pessoas mais atenciosas umas com as outras (FERNANDES; SANTOS. p. 289, 2009).

A partir desta atividade percebemos uma melhora no convívio das crianças, elas passaram a prestar atenção em si e nos colegas quando algum deles esquecia ou não davam atenção às palavras-mágicas, depois de um tempo percebemos que os mesmos passaram a usa-las de forma natural, em diversos momentos durante as atividades e durante as brincadeiras onde elas poderiam brincar livremente.

As atividades aplicadas com as crianças utilizaram do lúdico para a aproximação por meio da brincadeira é que podemos ter acesso ao mundo tão subjetivo das crianças. Através da imaginação a criança pode aprender a superar os obstáculos no seu desenvolvimento emocional, é através da imaginação que a criança expressa seus aprendizados, recordações, sejam elas boas ou não, mostrando assim através de interpretações, representações do que o mundo é para ela e como ela interpreta isso (GONÇALVES, 1988).

O brincar espontâneo lúdico é abordado através de desenhos, modelagens ou qualquer outro instrumento que possa ser manejado simbolicamente pela criança. O brinquedo por si só é um objeto construído pelo homem, o valor está na representação que a criança faz à ele, a brincadeira trará como o mesmo pensa e age (BROUGÈRE, 2000).

Considerações Finais

A partir de todas as atividades desenvolvidas no SCFV, entendemos a importância de trabalhar as relações de convivência e o fortalecimento de vínculos entre os usuários do serviço.

Utilizando dos eixos que norteiam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos o Projeto Envolver alcançou os objetivos esperados.

Observamos uma melhora na comunicação entre as crianças e os adolescentes sendo que as atividades realizadas em grupo proporcionaram momentos de aprendizado, descontração e reflexão. Podemos fazer com que os que ali estavam tivessem a oportunidade de se sentirem acolhidos, amparados, respeitados, sabendo que pertencem a uma comunidade e que assim não estão sozinhos, compreendendo que possuem potencial para ter autonomia na própria vida.

Cada usuário é tratado com respeito, com dedicação, além de serem compreendidos como seres únicos, com suas particularidades, valorizando ainda mais a presença do profissional psicólogo atuante na área social. Por isso, podemos observar que o SCFV oferece além de lazer, educação, amizade e cuidado, oferece SAÚDE.

Como estagiários de Psicologia, foi muito importante perceber que existem ali, no meio das atividades e dinâmicas desenvolvidas por nós e pelo SCFV, muitos aspectos do desenvolvimento humano que estão presentes na vida de cada membro e que são fundamentais para uma boa saúde mental e social ao longo de suas vidas.

Consideramos ter grande importância poder perceber e desenvolver na prática, teorias que estudamos ao longo do curso de Psicologia, nos trazendo um grande aprendizado acadêmico, profissional e pessoal.

Referências

ALVES PEREIRA, Layane; SILVA SANTOS, Vinicius and FERNANDES SANTOS, Jacques. **Infância, Vulnerabilidade e Situação de Risco em Paulo Afonso–Bahia**. Disponível em: <http://fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2016/infancia_vulnerabilidade_e_situacao_de_risco_em_paulo_afonso_bahia.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas para Centro de Referência de Assistência Social- CRAS, 1ª Ed, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília: 2005. Disponível em: , acesso em 07 mai. 2017.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social –SNAS. Caderno de Orientações, PAIF – SCFV. Brasília:2015. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2016/01/caderno-de-orientac3a7c3b5es-paif-e-scfv-mds-2015.pdf>>. Acesso em: 08 mai.2017.

BRASIL. Orientações Técnicas sobre o PAIF. O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socio assistenciais. Brasília, 2012. Cap 02. Pág 11.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Brasília; 1993. Disponível em:<http://univale.br/central_arquivos/arquivos/lei-organica-da-assistenciasocial.pdf>. Acesso em: 08 mai.2017.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www.pg.pr.gov.br/cmzas/wpcontent/uploads/2011/07/GUIA_CREAS.pdf>. Acesso em: 08 mai.2017.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília; 2005. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-assistencia-social.pdf>>. Acesso em: 09 mai.2017.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. Perguntas e Respostas; Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Brasília; 2015. Disponível em: <http://187.4.200.245:81/cogemas/2a.Reuni%C3%A3o_CALMON%2014%20DE%20ABRIL%20DE%202015/SCFV/PERGUNTAS%20FREQUENTES%20-SCFV.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.

BROUGÈRE, Gilles; DA NOSSA EPOCA, Coleção Questões. **Brinquedo e cultura**. Cortez, 2000.

CORRÊA, Larissa; FONTES, Alexandre. **Dicionário Histórico dos Movimentos Sociais Brasileiros. 1964-2014**. Disponível em: <http://www.memov.com.br/site/images/acervo/MSEP/MSEP_Dicionario_PDF_01.pdf>. Acesso em: 07 mai.2017.

COSTA F. C. Wesley; SANTOS, Alita Batista. **O atendimento da comunidade infanto-juvenil no serviço de convivência e fortalecimento de vínculos e as práticas justiça restaurativa como ferramenta de garantia de direitos e inclusão social**. Ed. 2016. 18 p. Disponível em: <<file:///C:/Users/Agnes/Downloads/14614-11683-1-PB.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Articulações entre Psicologia Social e Políticas Públicas na Assistência Social. In: CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima (Org.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 15-31.

DAN, Olweus. **Bullying at school: what we know and what we can do**. Malden, MA: Blackwell Publishing, 1993.

DE SOUZA, Salete Eduardo; DE GODOY DALCOLLE, Gislaine AparecidaValadares. **O uso de recursos didáticos no ensino escolar**. 2007.

FERNANDES, Estefania Cheruli; SANTOS, Antônio Carlos Godinho. Programação de contingências reforçadoras no fortalecimento de repertórios pró-sociais no contexto escolar. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 2, p. 289, 2009.

FONSECA, Elaine. **Assistência Social e o PAIF**. Ed. 2013. 2 p. Disponível em :<<https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Applicadas/Ci%C3%AAncias-Soc>
HYPERLINK "<<https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Applicadas/Ci%C3%AAncias-Sociais/Assistencia-Social-E-O-PAIF-155551.html>>"iais/Assistencia- HYPERLINK "<<https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Applicadas/Ci%C3%AAncias-Sociais/Assistencia-Social-E-O-PAIF-155551.html>>"Social-E-O-PAIF-155551.html>. Acesso em: 04 mai. 2017.

GONÇALVES, Camila S. **Psicodrama com crianças: uma psicoterapia possível**. 4.ed, São Paulo: Agora, 1988.

MOURA, Joviane. **Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) na Política de Assistência Social Brasileira**. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-comunitaria/os-centros-de-referencia-da-assistencia-social-cras-na-politica-de-assistencia-social-brasileira>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

SILVIA. T. Maurer Lane **O que é psicologia social**. 22. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 70.

QUALIDADE DO SONO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO PERÍODO NOTURNO

Gerusa da Silva Amancio¹; Sirli Resin²; Kelli Pazeto Della Giustina³

¹Enf.^a Fundação Hospitalar Santa Otília; Técnica de Enfermagem no SAMU Orleans.
gsb_enfermeira@hotmail.com

²Enf.^a Esp. Enfermagem do Trabalho; Gestão de Pessoas; Gestão em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma. sirliresin@gmail.com

³Enf.^a Msc. Curso de Enfermagem. Unibave. kellipdg@gmail.com

Resumo: Este artigo foi fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso, no ano de 2016. O objetivo desta pesquisa foi avaliar as consequências que o trabalho noturno pode gerar para qualidade do sono dos profissionais de enfermagem e comparar a qualidade do sono destes profissionais entre dois hospitais. Tratou-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida em dois hospitais da região sul de SC. Foi utilizado como instrumento de pesquisa Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Constatou-se nesta pesquisa que os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno nos dois hospitais, apresentaram em sua maioria, má qualidade do sono, conseqüentemente estes profissionais foram conduzidos a sonolência diurna excessiva, caso este, que afetam diretamente a qualidade do sono e em decorrência disso interferem na qualidade de vida dessa classe trabalhadora tão importante para a prestação da assistência de enfermagem no período noturno.

Palavras-chave: Sono. Enfermagem. Trabalho noturno. Qualidade de vida.

Introdução

O sono é determinado como sendo uma condição em que um indivíduo está inconsciente, porém o mesmo pode ser acordado por estímulos sensoriais ou outros estímulos e portanto, se deve diferenciar do coma, que é um estado onde a pessoa que está inconsciente não pode se acordar (GUYTON; HALL, 2006).

Em relação à saúde das pessoas que trabalham no período noturno podem desenvolver fatores que venham a contribuir e transformar em pontos negativos no que se refere à sua qualidade de vida, porque tendem adquirir um ritmo de vida totalmente inverso ao de amigos e familiares (NEVES et al., 2010).

Para Cavalcanti (2014), o trabalho exercido no período noturno é mais fatigoso em relação ao exercido no período diurno, porque este tipo de jornada costuma ser mais cansativo devido às exigências físicas e mentais.

Estes trabalhadores atuam em turnos diurnos e noturnos e desta forma alteram todo o funcionamento fisiológico e psíquico de seu organismo, tendo como consequências aparecimento de patologias e distúrbios em seu corpo físico (CAVALCANTI, 2014).

Os danos físicos e psíquicos para a saúde dos profissionais da enfermagem, por não se adequarem ao turno de trabalho podem vir a desenvolver desmotivação e falta de compromisso com os serviços realizados (NEVES et al., 2010).

Segundo Luna et al., (2015), de todos os agravos que estão relativamente ligados ao trabalho noturno, os que ocorrem geralmente são aqueles ligados ao sono pois a ausência do descanso acarreta em várias alterações prejudiciais ao corpo físico e desta forma aumentar o risco de surgimento de outras patologias.

Conforme a análise de Cavalcanti (2014), ao elencar os mais citados efeitos negativos que acometem na saúde destes profissionais de enfermagem está: 53,84% cansaço e fadiga, 84,61% problemas com o sono, 38,46% citam distúrbios gastrointestinais e 30,76% estresse.

De acordo com Luna et al., (2015) a enfermagem se caracteriza por sua objetividade em oferecer cuidados e assistência absoluta, seja para um grupo ou para uma pessoa em particular, seus serviços são de 24h, uma equipe de enfermagem compõe-se não somente do enfermeiro, mas também do técnico e do auxiliar em enfermagem, que tem similar importância na recuperação e reabilitação do paciente, neste contexto,

De modo geral, no Brasil, a questão de saúde - trabalho ainda é um conflito decorrente especificadamente pelo mau funcionamento em relação às condições de vida e de trabalho adequados (GIRONDI; GELBCKE, 2011).

Em relação à qualidade da assistência, primeiramente deve-se assegurar ao profissional da enfermagem, condições mínimas no ambiente de trabalho, com carga horária compatível para que os cuidados de enfermagem sejam desenvolvidos de forma correta (SILVA; JULIANI, 2012).

Enfermagem e Trabalho Noturno

Em estudos feitos pela Fundação Oswaldo Cruz, por determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) constatou-se que cerca de 3,5 milhões de trabalhadores compõem a área da saúde, sendo que 50% estão na área da enfermagem (1,7 milhões). Atualmente a enfermagem no Brasil é composta por 80%

de técnicos e auxiliares em enfermagem e 20% de enfermeiros. No estado de Santa Catarina foram registrados mais de 50 mil profissionais da área de saúde, sendo que 77,2% de Técnicos e Auxiliares em Enfermagem e 22,8% de Enfermeiros (DE ENFERMAGEM, 2015).

Segundo Silva e Juliani (2012), a enfermagem desenvolve vários tipos de jornada de trabalho que podem variar de 6, 8, 9 ou até 12 horas diárias, sendo realizada uma escala de turnos para prestar assistência ao paciente durante 24 horas por dia, incluindo o período noturno.

No que diz Silva et al., (2011), um fator que favorece o trabalho do enfermeiro no período noturno e o fato de poderem trabalhar com independência sentindo-se satisfeito neste sentido.

Sabe-se que na prática da enfermagem em território brasileiro a carga horária semanal de trabalho está entre 30 a 40 horas por semana, no entanto o mais comum é a jornada de 36 horas semanais (MENDES; MARTINO, 2012).

Segundo Beraldo (2014, p. 12).

Os trabalhadores de enfermagem que trabalham no período noturno tem uma fragmentação do sono diurno após o trabalho, ou seja, dormem um pouco durante a manhã, após chegarem do trabalho e um pouco a tarde. Esta fragmentação foi apontada devido aos vários fatores, tais como, necessidade de cuidar de terceiros, execução de tarefas indispensáveis no âmbito familiar e social e do componente circadiano da sonolência.

Já Silva et al., (2014), relata que estes tipos de mudanças podem acometer uma disfuncionalidade no que diz sobre o relacionamento entre homem – trabalho, o que causa uma probabilidade a acontecimentos que alterem a saúde do trabalhador, devido ao sistema de trabalho que necessita ser reorganizado de uma maneira que satisfaça as exigências de cada profissão.

Sono e Qualidade de Vida

A qualidade de vida é discutida amplamente nos dias atuais, possuindo diferentes definições, uma vez que se trata de uma expressão muito abrangente, podendo estar relacionada a sentimentos humanos, questões sociais, familiares, ambientais e individuais (MACIEL; OLIVEIRA, 2014).

A qualidade de vida é relacionada às particularidades do ser humano e vem sendo compreendida ao grau de prazer encontrado no cotidiano familiar, social, sentimental, ambiental, dentre outros (SANTANA et al., 2015).

Segundo Oliveira (2013), a qualidade de vida está exatamente unida com a qualidade do sono, pois durante o tempo em que estamos dormindo, todo o nosso corpo desempenha funções de suma importância, tais como, a liberação e secreção de hormônios, revigoramento do sistema imunológico, fortalecimento da memória, entre várias outras funções.

Em relação à qualidade de vida no ambiente de trabalho, esta se mostra como uma via de mão dupla, pois intercede pelos trabalhadores que precisam de motivação, incentivo, além de manter a sua saúde física e psicológica, do outro lado auxilia também a empresa em relação ao aumento da produtividade (ANDRADE; LEITE, 2015).

Procedimentos Metodológicos

Tratou-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, após a coleta dos dados os mesmos foram tratados manualmente, que permitiu uma análise e uma aproximação mais extensa das problemáticas propostas.

O contexto da pesquisa se deu em dois hospitais da região sul de Santa Catarina, no Hospital Municipal Henrique Lages (HMHL) localizado em Lauro Muller e na Fundação Hospitalar Santa Otília (FHSO) de Orleans, caracterizados de pequeno e médio porte, onde são desenvolvidas atividades de diagnóstico, tratamentos de patologias, reabilitação e atendimentos de urgência e emergência. A pesquisa foi realizada no período de 05 a 15 de setembro de 2016.

A população da pesquisa foi composta pelos profissionais de enfermagem que atuam somente no período noturno dos dois hospitais, totalizando 20 profissionais no geral, sendo que 18 profissionais aceitaram participar da pesquisa.

Referente aos critérios de inclusão e exclusão, 18 profissionais de enfermagem aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) proposto pela instituição, sendo que 2 não aceitaram participar da pesquisa.

Foram utilizadas como instrumento para a coleta de dados um questionário com perguntas fechadas e dois formulários de avaliação.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento de questionário com perguntas fechadas a fim de obter informações como, idade, escolaridade, perfil profissional, estado civil, entre outras, e aplicação de dois formulários de avaliação já existentes.

Foi aplicada para avaliar a qualidade do sono destes profissionais de enfermagem a Escala de Sonolência de Epworth e o teste de Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Desenvolvida pelo Dr. Murray W. Johns de Melbourne- Austrália. A Escala de Sonolência de Epworth foi criada pela primeira vez para adultos em 1990, modificando pouco em 1997, desenvolvida esta escala com a intenção de analisar a sonolência diurna dos seus pacientes em seu consultório de medicina do sono no hospital de Melbourne (JOHNS, 2010).

Desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Pittsburgh em 1988, O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) tem por objetivo formar uma padronização para a coleta de informações que se referem aos hábitos peculiares e subjetivos de sono das pessoas, disponibilizando desta forma um resultado claro que tanto os médicos quanto os pacientes possam utilizar (FERREIRA et al, 2012).

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIBAVE, número de parecer 1.696.508.

Resultados e Discussão

A pesquisa foi realizada nos períodos de 05 a 15 de setembro, em dois hospitais na região sul de Santa Catarina, no Hospital Municipal Henrique Lages, localizado em Lauro Muller e na Fundação Hospitalar Santa Otília de Orleans.

Os resultados dos dois hospitais foram reunidos, e foi possível observar que em relação ao sexo, dos 18 participantes o predomínio feminino foi de 83% (n=15) contrastando com 17% (n=3) entrevistados do sexo masculino. Foram encontrados resultados similares na análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais, realizado pelo (DE ENFERMAGEM, 2011), onde diz que a maior parte dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, correspondendo a 87,24% dos profissionais do Brasil, já no que diz aos do sexo masculino correspondem a 12,76% do total dos profissionais de enfermagem.

Na categoria profissional foram observados que dos 18 participantes, 22% (n=4) eram enfermeiros, 67% (n=12) técnicos de enfermagem e 11% (n=2) era auxiliar de enfermagem.

No que diz ao tempo de trabalho no período noturno, foi percebido um total de 33,33% (n=6) profissionais com 1 a 5 anos de trabalho, 33,33% (n=6) de 6 a 10 anos e 33,33% (n=6) trabalham a mais de 10 anos, resultados iguais nos dois hospitais. Aqueles que trabalham em outra instituição foram de 22% (n=4) dos 18 entrevistados. Constatou-se no estudo de Maciel e Oliveira (2014), em um Hospital Filantrópico de grande porte, do município de Dourados (Mato Grosso do Sul) do grupo analisado, superou os que tinham apenas um emprego com 69%, contrastando com 30,7% dos que possuía outro vínculo empregatício.

Em relação ao descanso noturno, 100% (n=18) entrevistados relataram que tem a pausa de 1h para descansar. A questão do descanso noturno para os profissionais da saúde, infelizmente ainda não é obrigatório por lei, no entanto foi aprovada pelo Ministério do Trabalho e Emprego uma Convenção Coletiva de Trabalho, em que a cláusula 31^a diz que os plantonistas do período noturno e diurno de 12 horas, obterão uma hora de intervalo para repouso e alimentação no decorrer do plantão (BRASIL, 2015).

Os resultados dos 7 (sete) componentes do PSQI em relação ao total de participantes dos dois hospitais, foi possível examinar cada um em relação à qualidade de sono de cada profissional de enfermagem submetida ao teste, unindo os resultados dos dois grupos analisados (HMHL e FHSO).

Podemos ver que no primeiro componente, referente à qualidade subjetiva do sono que questiona como o entrevistado avaliaria a qualidade geral do seu sono no mês passado, a maioria respondeu 78% (n= 14) muito boa e boa e 22% (n=4) responderam ruim ou muito ruim.

Encontrados dados diversos na pesquisa realizada por Basto; Martino (2009), que foi realizada com enfermeiros portugueses trabalhadores de um hospital público de Lisboa, que demonstrou 28,57% para os níveis de boa qualidade do sono, enquanto que 71,43% demonstraram má qualidade de sono.

No segundo componente diz respeito à latência do sono, que junta às pontuações de duas questões para se obter um resultado final, estas questões são referentes há quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer a cada noite, 89% (n=16) responderam que levam de 5 a 30 minutos, 11% (n=2) levam de 1 a 3 horas, e a outra questão é, com que frequência você teve problemas de sono porque não conseguia dormir em 30 minutos, 67% (n=12) responderam nunca, uma

ou duas vezes por semana 33% (n=6) três ou mais vezes por semana, ou menos de uma vez por semana.

Indo ao encontro dos resultados obtidos pelo estudo feito por Santos et al., (2014), com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital localizado no Vale do Paraíba paulista, percebeu-se que 35,29% (n=6) demoram mais de 30 minutos para pegar no sono, de uma ou duas vezes por semana; 52,94% (n=9) três vezes por semana acordam no meio da noite, ou muito cedo de manhã.

Seguindo para o terceiro componente que pontua a duração do sono em horas, com a pergunta: no mês passado quantas horas de sono realmente você teve à noite? (Isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama) corresponderam 89% (n=16) >7h de sono realmente ou de 6 a 7 horas, 11% (n=2) de 5 a 6 horas de sono ou < 5 horas.

O quarto componente faz-se um cálculo para resultar na pontuação que caracteriza a eficiência habitual do sono onde se anota o número de horas dormidas, Calcula-se o número de horas no leito: (horário de levantar– horário de deitar) e calcula-se a eficiência do sono: (n.º de horas dormidas/n.º de horas no leito) x 100 = eficiência do sono (%). Os resultados foram de 28% (n=5) > 85% ou 75% a 84%, sem resultados para a classificação que vai de 65% a 74%, porém se observa 72% (n=13) < 65%.

Resultados diversos foram observados na análise de Baltar (2011), com 101 enfermeiros que trabalham em turnos nos hospitais da região de Lisboa, referindo que a grande maioria dos indivíduos apresentou uma eficiência superior a 85%, sendo resultado positivamente bom.

Vejamos o quinto componente que condiz com o distúrbio do sono onde é possível detectar a existência do distúrbio, mas não identifica o tipo e a gravidade, respondendo algumas questões referentes a despertar no meio da noite ou de madrugada, levantar a noite para ir ao banheiro, não conseguir respirar de forma satisfatória, tossir ou roncar alto, sentir muito frio ou muito calor, ter sonhos ruins, sentir dor, ou outras situações, onde surgiram: levantar para amamentar, por ter insônia e por estar com pneumonia no mês passado, correspondeu 67% (n=12) nenhuma ou menos de uma vez por semana 33% (n=6) uma a duas vezes por semana ou três ou mais vezes por semana, todos tiveram pontuação acima de zero, na qual caracteriza algum distúrbio.

Contrastando com estes resultados, estão os estudos de Baltar (2011), ainda onde verificou que a maioria 65,3% aparece com a pontuação 1 que significa distúrbios ocorrentes menos de uma vez por semana.

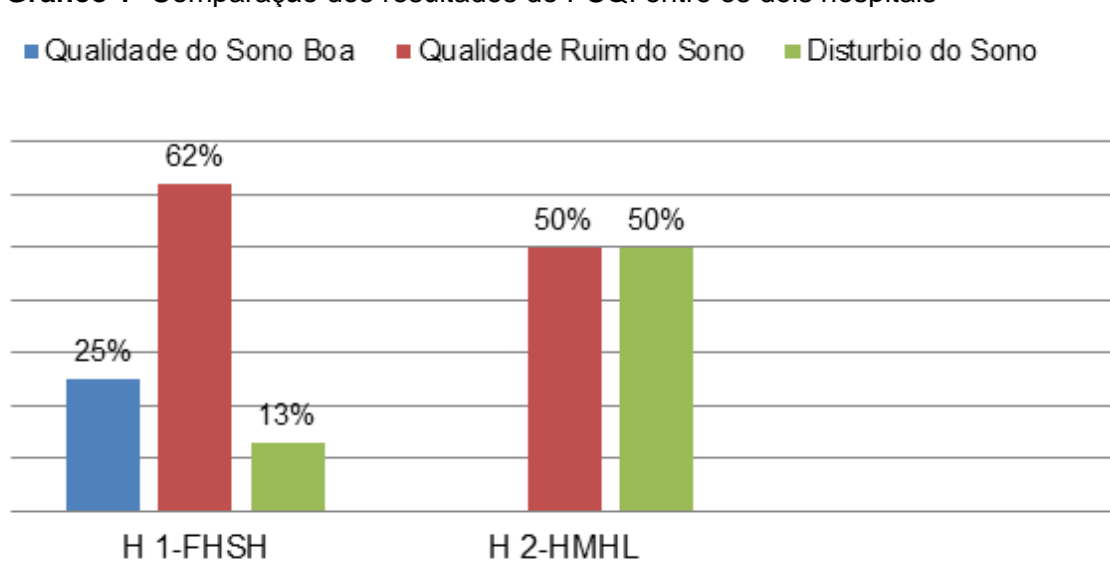
Analisando o sexto componente que pontua as respostas, referentes ao uso de medicamentos para dormir, com a seguinte pergunta: durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono? 78% (n=14) nenhuma vez no mês passado ou menos de uma vez por semana, 22% (n=4) uma a duas vezes e três ou mais vezes por semana.

Resultados semelhantes encontrados nos estudos de Oliveira (2013), feito com 74 enfermeiros portugueses *online*, onde constatou que 85,1% (n=63) referiram não usar nenhum tipo de medicamentos para dormir, constatando com 14,9% (n=11) alegaram fazer uso de medicação para dormir de uma ou mais de três vezes por semana.

No sétimo componente se refere à disfunção durante o dia, e calculam-se duas questões, que analisa a frequência com que teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais e outra questão que se refere ao quanto foi problemático para manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar a própria atividades, destas resultaram em 78% (n=14) nenhuma, uma ou duas vezes por semana, 22% (n=4) menos de uma vez por semana, ou três/ mais vezes por semana.

Semelhança com o estudo de Santos et al., (2014), feito com a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva, observou que referente a problemas em ficar acordado, fazendo outras atividades no mês passado, foi de 70,60% (n=12) não o fizeram, 17,64% (n=3), uma ou duas vezes por semana, e 11,76% (n=2), três vezes por semana ou mais.

Gráfico 1- Comparação dos resultados do PSQI entre os dois hospitais



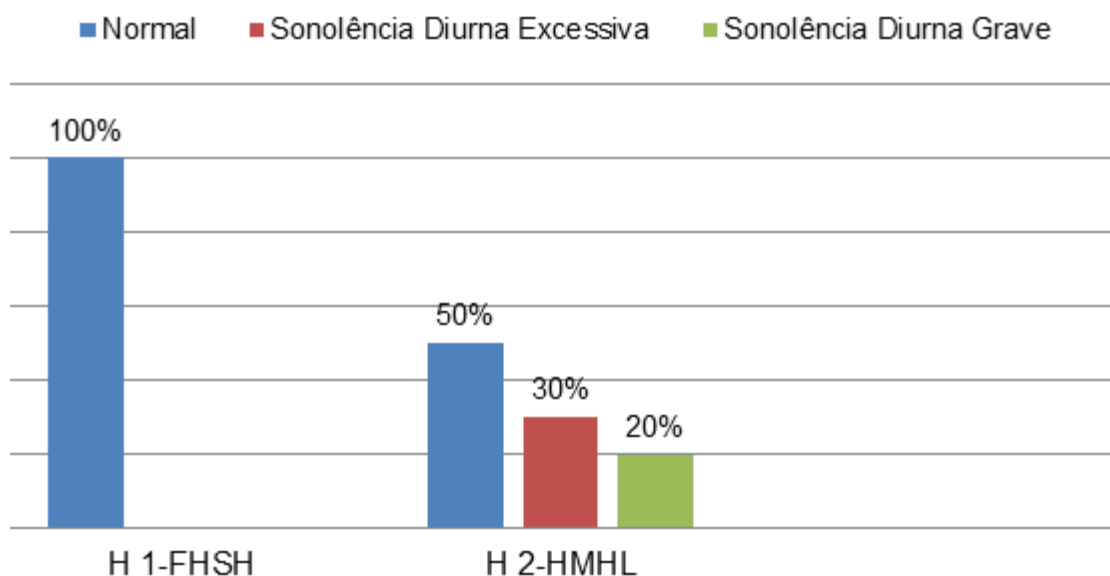
Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Com base na soma dos sete componentes do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh PSQI (Gráfico 1), foi calculada a qualidade do sono dos profissionais de enfermagem de cada hospital, onde a pontuação global que vai de 0 a 21 mostram a classificação dos profissionais agrupados. Desta forma foi possível comparar a qualidade de sono dos profissionais que trabalham no período noturno dos dois hospitais.

Verificou-se que no H1-HMHL a presença de distúrbio do sono 50% (n= 5) e qualidade do sono ruim 50% (n= 5) foi detectado nos profissionais que trabalham a noite, diferentes resultados encontrados para os profissionais do período noturno do H2-FHSH onde 25% (n= 2) obtiveram qualidade do sono boa, 13% (n= 4) qualidade do sono ruim e 62% (n=2) distúrbio do sono.

Os resultados referentes à boa qualidade do sono foram menores se comparados com a qualidade ruim, estes horários noturnos podem ser desgastantes para o organismo do ser humano, sendo preciso certo tempo para que o organismo talvez se adapte aos horários (MARTINO; BASTO, 2009).

Gráfico 2- Comparação dos resultados de ESE entre os dois hospitais



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A soma dos pontos (Gráfico2) escala de sonolência diurna de Epworth, mostrou a classificação em que cada profissional apresentou, nos dois hospitais, foi possível observar que em ambos os hospitais os profissionais do período noturno obtiveram pontuação de 0 a 10 que sugere normalidade e que não apresentam sonolência diurna excessiva.

Sendo que no H1-HMHL, 50% (n=5) e no H2-FHSO 100% (n=8), porém uma grande diferença se pode notar em relação à presença de SDE (Sonolência Diurna Excessiva) com pontuação de 11 a 19, nos pesquisados do H1-HMHL apresentou-se em 50% (n=5) indivíduos e no H2-FHSO, 100% (n=8) demonstraram resultados normais, sem a presença de SDE

Devido o não restabelecimento do sono perdido durante a noite, os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno demonstram em sua vida diária sinais de cansaço, sonolência excessiva diurna e sonolência diurna grave, aumentando a irritabilidade e possíveis quadros de depressão, nessa categoria profissional (SILVEIRA; CAMPONOGARA; BECK, 2016).

Os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno nos dois hospitais, apresentaram em sua maioria, má qualidade do sono de acordo com o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (ISPQ), já no que diz a sonolência diurna excessiva, de acordo com a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) obtiveram resultados positivos que significa terem sonolência diurna excessiva, somente os

profissionais que trabalham no H1- HMHL, enquanto que no H2-FHSO não foram detectados nenhuma anormalidade nos resultados aplicados.

Considerações Finais

Após a investigação referente à rotina dos profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno dos dois hospitais localizados na região sul de Santa Catarina, foi possível deduzir que o grupo do H1-HMHL, mostrou sonolência excessiva diurna e distúrbio do sono, diferindo totalmente do grupo do H2-FHSO.

De um modo geral, ao unir os resultados dos dois hospitais, concluiu-se que os profissionais de saúde que apresentam uma pior qualidade de sono da mesma forma são conduzidos a sonolência diurna excessiva.

Esta pesquisa deu oportunidade também, de apontar as principais causas que resultaram no índice de qualidade do sono de Pittsburgh, ao qual afetam a qualidade do sono dos profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno e embora este trabalho venha a causar problemas de saúde para estes profissionais de enfermagem, trabalhar neste período é muito importante e deve ser feito, sendo que a assistência à população é um trabalho contínuo nos hospitais.

Estes trabalhadores do período noturno têm uma desintegração de seu sono diurno após o trabalho, pois dormem aos poucos no decorrer da jornada, porém tem aqueles que saem de um plantão e entram em outro, sem terem este período de descanso. Neste caso foi possível analisar os lados positivos que dão satisfação pessoal e realização profissional, em contrapartida o lado negativo que se referíamos fatores psicobiológicos associados ao envelhecimento, sono e desgaste emocional.

Foi possível concluir, após a análise dos questionários e instrumentos de avaliação, que apenas o fato de trabalhar no período noturno não a uma considerável alteração na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, porque mesmo tendo uma mudança em todo seu ritmo físico, biológico, psicológico, e até mesmo em sua esfera social para eles existem algumas vantagens, que foram referidas anteriormente.

Cabe, neste instante, propor implantar programas educativos e condutas preventivas em conjunto com os profissionais de enfermagem que atuam no período noturno, refletindo sobre as situações que motivam o contentamento e o descontentamento destes trabalhadores favorecendo a conscientização e o

discernimento das necessidades físicas, psicológicas e sociais deste profissional da saúde.

É a partir destas condutas e discernimentos que surge a oportunidade de interceder nessa atual realidade, modificando-a para algo que seja satisfatório, pois é visto que estes profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno merecem um olhar cuidadoso diante das suas qualidades individuais.

Referências

ANDRADE, Karine Oliveira; ANDRADE, Priscila Oliveira; LEITE, Lincoln Feitosa. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Araguaiana**, v. 8, n. 1, p. 2-5, jan. 2015. Disponível em: < http://www.itpac.br/arquivos/revista/76/artigo_1.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.

BALTAR, Patricia Isabel Bispo Pereira. **Qualidade de sono dos enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de Lisboa**: relação com os níveis de depressão, ansiedade e stress. 2011. 139p. Tese (mestre em psicologia clínica) - Instituto Universitário de Ciências e Psicologia sociais e de vida, ISPA, Lisboa. 2011.

BERALDO, Jairo Falcucci. **As consequências do trabalho noturno para o enfermeiro**. 2014. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/abaaafjskac/as-consequencias-trabalho-noturno-enfermeiro>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Convenção Coletiva de Trabalho**. 2015. Disponível em: < <http://cbr.org.br/wp-content/uploads/2015/06/cct-homologada-sindsaude-2015-pdf.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

CAVALCANTI, Herla Hany da Silva. **Os Efeitos Nocivos do Trabalho Noturno Na Enfermagem**: Uma Revisão Integrativa. 2014. p. 24. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - UEPB, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 2014.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. **Relatório de pesquisa**. Brasília: COFEN, 2011.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. **Cofen-Conselho Federal de Enfermagem**. Disponível em: URL: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 15 set. 2016, v. 6, 2015.

DE ENFERMAGEM, Conselho Regional. Sede em Florianópolis. **Pesquisa Perfil da Enfermagem demonstra em Santa Catarina nível de escolaridade acima do exigido, baixos salários e jornada elevada** [Internet]. 2015 Aug 10 [cited 2015 Sep 05].

FERREIRA, Ana Cristina Pereira Lopes et al. **Qualidade do sono da pessoa portadora de fibromialgia**. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; GELBCKE, Francine Lima. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. **Enfermagem em foco**, Santa Catarina, v. 3, n. 2, p. 191-194, jan./jul. 2011.

GUYTON, Arthur C; HALL, John Edward. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11 ed. Mississippi: Elsevier, 2006. 1128 p.

JOHNS, DR. MURRAY. **The epworth sleepiness scale**. 2010. Disponível em: <<http://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>>. Acesso em: 07 out. 2016.

LUNA, Gabriela Alynne Silva et al. O trabalho noturno e as consequências para a saúde do enfermeiro: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 3, p. 81-90, 2015. **CORRETO**

MACIEL, Marjorie Ester Dias; OLIVEIRA, Franciele Nunes de. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande. V. 6, n. 1, p. 83-89, Janeiro 2014.

MARTINO, Milva Maria Figueiredo De; BASTO, Marta Lima. Qualidade do sono, cronótipos e estados emocionais o caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos. **Revista pensar enfermagem**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 49-60, abr./set. 2009.

MENDES, Sandra Soares; MARTINO, Milva Maria Figueiredo De. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 6, n. 46, p. 1471-1476, set./mar. 2012.

NEVES, Maria José Alves de Oliveira et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p. 42-47, jan. 2010.

OLIVEIRA, Sofia Vieira de. **A qualidade de sono dos enfermeiros**. 2013. 58p. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura em enfermagem) - Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, FCS. 2013.

SANTANA, Rosane da Silva et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida da equipe de enfermagem da UTI. **Revista internacional interdisciplinar interthesis**, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 25-34, abr./jun. 2015.

SANTOS, Teresa Celia de Mattos Moraes dos, et al. Qualidade e distúrbios do sono da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, n. 8, p. 1110-1116, /mai. 2014. Disponível em: <[file:///c:/users/giovanni/downloads/5292-56081-1-pb%20\(6\).pdf](file:///c:/users/giovanni/downloads/5292-56081-1-pb%20(6).pdf)>. Acesso em: 25 set. 2016.

SILVA, Danila Maria da, et al. Privação do sono: segurança e saúde dos trabalhadores de enfermagem do turno noturno. **COFEN- Conselho Federal de Enfermagem**, Rio Grande do Norte, p. 1-13, mai. 2014. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/i52856.e12.t9567.d8ap.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

SILVA, Luís Carlos De Paula E; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. **Rev. adm. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.111-222, dez./fev. 2012.

SILVA, Rosângela Marion da, et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola de enfermagem Anna Nery**, Santa Maria - RS, v. 2, n. 15, p. 270-276, abr./jun.2011.

SILVEIRA, Marlusse; CAMPONOGARA, Silviamar; BECK, Carmem Lúcia Colomé. As produções científicas sobre o trabalho noturno na enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista de pesquisa cuidado e fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 3679-3690, out./jan. 2016. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2016/r83679.php>>. Acesso em: 25 out. 2016.

RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM ACOMPANHANTE/FAMILIAR DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DO SUL DE SANTA CATARINA

Marcela Rohden¹; Ranusia Adelia Talamini Garcia²; Rodrigo Kruehl³; Lilian Fabiani Bastos⁴; Kelli Pazeto Della Giustina⁵

¹Curso de Enfermagem. Unibave. cela_rohden@hotmail.com

²Curso de Enfermagem. Unibave. ranusiaatalamini@hotmail.com

³Curso de Psicologia. Unibave. rmkpsico@hotmail.com

⁴Pediatria. Hospital Infantil Joana de Gusmão. lilifab06@hotmail.com

⁵Curso de Enfermagem. Unibave. kellipdg@gmail.com

Resumo: Este estudo teve como tema a relação da equipe de enfermagem com acompanhante/familiar do paciente pediátrico em uma unidade hospitalar do Sul de Santa Catarina. Teve como objetivo descrever a relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar do paciente pediátrico numa unidade hospitalar do Sul de Santa Catarina. A pesquisa foi realizada com a equipe de enfermagem e os acompanhantes/familiares de pacientes pediátricos de uma unidade hospitalar do Sul de Santa Catarina. Foi caracterizado como uma pesquisa bibliográfica, com método descritivo e abordagem qualitativa, no qual foi utilizado como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada e o formulário de observação. Os resultados da pesquisa mostraram que a relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante familiar é importante, pois auxilia na recuperação do paciente, favorece na aceitação ao tratamento e também ajuda na adaptação do paciente no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem. Paciente pediátrico. Acompanhante/familiar.

Introdução

A humanização tem sido um tema bastante frequente quando se trata do atendimento de enfermagem, buscando melhorar a relação da equipe com o paciente e/ ou familiar. Quando falamos de humanização, estamos falando do ser humano, e especificamente no presente trabalho, a assistência humanizada pela equipe de enfermagem na área da pediatria, com foco no familiar/acompanhante da criança (SANTOS et al., 2013).

Em uma unidade pediátrica é fundamental a presença do acompanhante/familiar, pois torna mais confortável para a criança, auxiliando na aceitação da permanência na internação hospitalar. Segundo a Lei n.º 8.069, sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamenta que se deve proporcionar

acompanhante para a criança e o adolescente, de modo integral, durante a sua permanência no ambiente hospitalar (RODRIGUES et al., 2013).

Na hospitalização, o paciente pediátrico vivencia um turbilhão de sentimentos, pois além do estado físico debilitado, tem que lidar com a separação das pessoas próximas, a mudança de cenário e acostumar-se com a rotina hospitalar. Os familiares também vivenciam essa crise de sentimentos, tais como o medo, privação e culpa pelo aparecimento da doença (SCHMITZ, 2005).

Para um bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e o acompanhante/familiar, a equipe de enfermagem deve ter conhecimentos fundamentais em teorias de comunicação e adquirir habilidades interpessoais para que possa agir de forma mais positiva na assistência do paciente. Para que seja mais eficaz a assistência e a relação, a equipe deve escutar, falar quando necessário e oferecer abertura para a realização de perguntas, honestidade nas respostas, mostrar respeito e mostrar interesse (MOURÃO et al., 2009).

Para direcionar a pesquisa apontou-se o seguinte problema: Como ocorre a relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar do paciente pediátrico em uma unidade hospitalar do Sul de Santa Catarina?

Este estudo foi elaborado com o objetivo principal de descrever a relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar do paciente pediátrico em uma unidade hospitalar do Sul de Santa Catarina, para tal foi identificado como ocorre a comunicação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante/familiar; bem como foi verificado como o acompanhante/familiar vê o cuidado, pelo modo de como a equipe de enfermagem se relaciona com a criança e identificando junto à equipe de enfermagem qual a importância do acompanhante/familiar no período de hospitalização da criança.

Pediatria

Segundo Schmitz (2005) a pediatria entende-se por ser uma especialidade voltada aos interesses da criança, buscando intervir a favor dos direitos infantis, agindo de modo preventivo, tratando doenças, e assim promovendo saúde, ou seja, melhorando a qualidade de vida dos pacientes pediátricos.

Papel da equipe de enfermagem na área de pediatria

Segundo Dionísio e Escobar (p. 24, 2002) “A hospitalização é uma experiência traumática para a criança e em cada fase do seu desenvolvimento a maneira de reagir, diante da ausência dos pais, é distinta.”

De acordo com Schmitz (2005) o acompanhante é visto como essencial para a saúde da criança, além do cuidado assistencial, a equipe de enfermagem deve ter uma boa relação com o acompanhante/familiar, esclarecendo as dúvidas, procurando a promoção da saúde da criança hospitalizada.

A eficiência na comunicação entre a enfermeira e os pais reduz a ansiedade, aumenta a aceitação destes na situação da doença e de hospitalização da criança, facilita o tratamento e favorece o processo de enfrentamento da doença (SOARES; LEVENTHAL, 2008).

Papel do acompanhante/familiar junto ao paciente pediátrico

O papel do acompanhante/familiar segundo Santos et al. (2013) é de extrema importância, pois eles conseguem fazer a criança hospitalizada se sentir mais segura, já existe confiança e convivência entre eles, assim, tornando melhor a aceitação da doença e melhor adesão ao tratamento aplicado na instituição de saúde.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Após a coleta dos dados, os mesmos foram tratados manualmente, considerando categorias de análise a partir dos objetivos propostos na pesquisa. Foi utilizado o método descritivo para realização desta pesquisa. É classificada como pesquisa bibliográfica e contou também com uma pesquisa de campo.

A pesquisa foi realizada em uma unidade hospitalar de médio porte em um município do Sul de Santa Catarina, especificamente na área de pediatria, que conta com 15 leitos no setor pediátrico.

A população do estudo foi composta pelos colaboradores que fazem parte da equipe de enfermagem (técnicos em enfermagem e enfermeiros) do setor de pediatria que trabalham no período diurno e pelos acompanhantes/familiares da criança hospitalizada. Já a amostra foi composta por 4 técnicos em enfermagem, 1 enfermeiro e 5 acompanhantes/familiar.

A coleta dos dados foi realizada no período de 27 de setembro de 2016 a 14 de outubro de 2016, onde a amostra foi não probabilística, ou seja, fizeram parte do presente estudo os integrantes da equipe de enfermagem do setor de Pediatria que trabalham no período diurno, e os acompanhantes/familiar da criança hospitalizada, que aceitaram participar da pesquisa.

Para realização desta pesquisa foi utilizado um formulário de observação e a técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista foi organizada por meio de um roteiro, contendo perguntas abertas, a mesma foi gravada e transcrita.

A pesquisa atendeu as exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados da pesquisa acontecerá em dois momentos, no primeiro momento serão apresentados os resultados das entrevistas com os acompanhantes/familiares para verificar como o acompanhante/familiar vê o cuidado, pelo modo como a equipe de enfermagem se relaciona com a criança e com a equipe de enfermagem para identificar qual a importância do acompanhante/familiar no período de hospitalização da criança.

E no segundo momento serão apresentados os dados obtidos com a observação realizada para identificar como ocorre a comunicação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante/familiar.

Para conseguir verificar como o acompanhante/familiar vê o cuidado, pelo modo como a equipe de enfermagem se relaciona com a criança foram realizadas seis perguntas descritas a seguir:

Como foi a recepção pela equipe de enfermagem?

“A recepção foi ótima, [...] tudo ótimo.” (A1)

“Fui muito bem atendida elas são bem carinhosas com as crianças, não tem o que reclamar.” (A2)

“Boa.” (A3)

“Fui bem recebida, tudo certo, elas sempre bem atenciosas.” (A4)

“Foi bem boa.” (A5)

Conforme as respostas das participantes percebem-se que tiveram uma boa recepção pela equipe de enfermagem e uma das participantes relatou que a recepção foi ótima.

Segundo Lima et al. (2007 apud RAMOS, 2009, p. 24) a recepção é entendida por serem “[...] elementos essenciais do atendimento, para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade.”

Como você considera a sua relação com a equipe de enfermagem?

“A nossa relação é bem... bem legal, bem tranquila.” (A1)

“Muito boa, elas explicam certinho as coisas pra gente, não tem o que reclamar delas também.” (A2)

“Bem.” (A3)

“Considero boa, até porque ela já esteve internada outras vezes.” (A4)

“Pra mim... tudo bem [...], eles me atendem super bem, [...] ela está direto aqui internada [...]” (A5)

Assim, observa-se que todas as participantes consideram ter uma boa relação com a equipe de enfermagem.

De acordo com Soares e Leventhal (2008, p. 330)

Os acompanhantes indicaram a importância de se ter respeito, manter diálogo, ser dedicado e ser amigo, no aspecto de relacionamento interpessoal com os profissionais da enfermagem.

A equipe de enfermagem explica os procedimentos que estão sendo realizados na criança?

“A equipe de enfermagem explica bem o que está realizando, ou quando não, a gente pergunta e eles explicam com atenção [...]” (A1)

“Sim, elas explicam e dizem o que vão fazer, estão fazendo, [...]” (A2)

“Sim” (A5)

“Alguns sim, outros não.” (A3)

“Não, se a gente não pergunta, elas não explicam, elas não chegam e dizem... “ah eu estou dando isso” só se a gente perguntar. [...] as enfermeiras quando chegam elas não explicam o que estão fazendo, [...]” (A4)

Conforme as respostas das participantes observa-se que a equipe de enfermagem explica os procedimentos que estão sendo realizados, porém uma

participante relatou que é explicado apenas quando questionado e outra que alguns não explicam o procedimento que está sendo realizado.

De acordo com Rodrigues et al. (2013, p. 783)

Quando ocorre a hospitalização da criança, a família necessita receber informações claras dos profissionais de saúde e ter as dúvidas esclarecidas, para que o cuidado a essas crianças seja realizado com segurança e autonomia.

Existe carinho, atenção, solicitude, paciência, afetividade nas relações de cuidado?

“Eles tem bastante carinho as crianças, meu filho, brincam bastante até.” (A1)

“Tem, aqui da minha parte não posso reclamar.” (A2)

“Alguns sim, outros não.” (A3)

“Sim” (A5)

“Com algumas sim, com outras só vêm coloca o remédio e sai, outras conversam e dão atenção.” (A4)

De acordo com as falas descritas, observa-se que existe carinho, atenção, solicitude, paciência, afetividade nas relações de cuidado, porém foi relatado por duas participantes que com alguns profissionais não existem estes gestos nas relações do cuidado.

Conforme relato da pesquisa do autor Corbani et al. (2009, p. 353) afirmam que

Cuidar para mim é cuidar bem. É ver a carência da pessoa e fazer pelo outro o que ele não pode fazer sozinho, fazer com carinho, com amor, é tratar bem, é manter, proteger. Todo mundo precisa de cuidado, de carinho, de atenção.

Quais aspectos a equipe de enfermagem precisa melhorar no cuidado da criança?

“Acho que todas deveriam ser atenciosas igual às outras [...]” (A4)

“Pra mim, no momento nada, está tudo ótimo, [...]” (A1)

“Pra mim assim está bom, [...] não tem o que reclamar.” (A2)

“[...] elas cuidam bem, é elas atendem bem.” (A3)

“Olha, [...], não tenho nada a queixar assim porque todas elas são bem cuidadosas [...]” (A5)

Observa-se que as participantes relataram que o cuidado prestado pela equipe de enfermagem está bom e uma das participantes sugeriu que todos da equipe de enfermagem deveriam ser atenciosos.

Conforme os relatos do trabalho do autor Rodrigues et al. (2013, p. 782)

Acho que elas deveriam chegar junto da gente, perguntar como a gente está, se está cansada, se está se sentindo bem, essas coisas, que aqui elas não fazem não [...] Acho que deveria ter mais atenção, mais conversa. Sinto falta de alguém chegar aqui e perguntar não só da minha filha, mas também como eu estou, se estou precisando de algo, e isso não acontece aqui nunca (F3).

Você confia na equipe de enfermagem?

“A confiança na equipe é grande, a gente confia.” (A1)

“Confio!” (A2)

“Sim, pois, já é bem conhecida.” (A5)

“Algumas sim, algumas são meio brabas.” (A3)

“Fico sempre de olho [...] eu fico sempre atenta, sempre pergunto, já que elas não explicam, mas sempre estou perguntando o que elas estão fazendo, pra gente saber.” (A4).

Conforme as respostas dos participantes vê-se que alguns confiam na equipe de enfermagem enquanto que alguns não confiam.

De acordo com Rodrigues et al. (2013, p. 783) afirma que

Fornecer informações à família a respeito do processo saúde-doença do filho é uma ação que deve ser incorporada na prática cotidiana assistencial. A equipe de enfermagem deve ter capacidade para exercer essa atividade a fim de estimular e auxiliar a família a adquirir confiança nas suas ações.

Para conseguir verificar como a equipe de enfermagem vê a importância do acompanhante/familiar durante a internação do paciente pediátrico foram realizadas quatro perguntas descritas a seguir:

Como você avalia a presença do acompanhante/familiar na hospitalização da criança?

“Eu... eu acho que é essencial, não pode faltar [...] a criança [...] está frágil [...] então assim: de preferência que seja um parente bem próximo, mãe, tia ou avó, pra ela se sentir bem, confiante, que ela está em um lugar estranho, com pessoas estranhas, então... a família, a mãe... é muito importante pra ela se sentir bem, acolhida, se sentir segura.” (T1)

“Sim [...] as mães colaboram com as crianças [...] as mães acompanham junto com as crianças, [...] elas ficam preocupadas, elas cuidam direitinho, [...].” (T2)

“Importante na adaptação da criança, em um novo ambiente.” (T3)

“Além da criança se adaptar melhor com a acompanhante, aumenta a segurança da criança [...].” (T4)

“[...] a criança, já é dependente de alguém, [...] acostumada com a mãe ou com pai com a tia, com a avó, [...], então isso faz toda a diferença.” (T5)

De acordo com o exposto acima, pode-se observar a importância da presença do acompanhante/familiar na hospitalização da criança devido à adaptação e a segurança da criança. E também relatam a importância do acompanhante/familiar ser um parente próximo da criança (mãe, pai, tia ou avó).

Segundo Rodrigues et al. (2013, p. 782) a importância do acompanhante familiar se baseia em

Para minimizar o sofrimento psíquico, a família deve ser valorizada e respeitada nas relações que permeiam o ambiente hospitalar. A importância da presença da família durante a hospitalização é uma questão incontestável, tanto para a criança quanto para a equipe de enfermagem.

Como é realizado o acolhimento?

“A gente procura fazer o melhor possível, humanizado, encaminha ao leito [...] oferece o cobertor, orienta tudo que vai ser feito, os procedimentos.” (T1)

“Assim, quando a mãe chega aqui na pediatria, primeiro passo a gente explica pra mãe, [...] qual quarto que ela vai ficar, aonde que é o banheiro, [...] tem micro-ondas pra esquentar mamadeira, tem geladeira oferece coberta, travesseiro, [...], a gente explica tudo, [...] e acomoda a criança no leito, e a mãe [...]tem uma cadeira ali pra mãe ficar do lado da criança.” (T2)

“Acomodamos criança e familiar no leito, explicamos os procedimentos que serão realizados com a criança.” (T3)

“Recebemos a criança com atenção e carinho, orientamos quanto aos procedimentos, acomodamos no leito e tentamos passar muita tranquilidade.” (T4)

“Então..., é a criança chega com acompanhante, a gente acomoda eles no leito, explicam quais são as rotinas do hospital, horário de visita, [...] já explica pro familiar qual vai ser o tratamento, [...]” (T5)

Observa-se que todas acomodam o paciente e o acompanhante no leito, e que explicam os procedimentos e as rotinas do setor.

Segundo Costa e Cambiriba (2009, p. 498)

No contexto da humanização se insere o acolhimento, que pressupõe o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais de saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial para o processo de coprodução de saúde.

A participação do acompanhante/familiar contribui para adaptação da criança no ambiente hospitalar?

“Sim, contribui, porque com os pais juntos com a mãe ou avó a criança vai se sentir mais em casa [...] se não tiver a família junto ela vai se sentir insegura vai chorar [...]” (T1)

“É bom, [...], tem que ser com a mãe, porque às vezes a criança está acostumada com a mãe, às vezes chora, ai se fica outro parente [...], elas ficam mais irritadas, choram bastante, [...] ajuda bastante assim a adaptação da criança quando a mãe fica junto [...]” (T2)

“Sim, com certeza, a pessoa mais próxima da criança é sempre importante nesse momento aonde tudo é novo e não faz parte da rotina da criança.” (T3)

“Ela sente-se mais segura e responde melhor ao tratamento com a companhia da família.” (T4)

“Com certeza, faz toda a diferença [...] às vezes uma criança está sendo criada pela avó e fica com a mãe, isso de um dia pro outro decai de uma forma [...]” (T5)

Analisando o exposto acima, pode-se observar que todas as participantes relatam que a participação do acompanhante/familiar contribui para adaptação da criança no ambiente hospitalar, e a preferência para que o acompanhante/familiar seja

a pessoa mais próxima da criança, assim ela se sentirá segura e terá melhor resposta ao tratamento.

Assim, afirma Rodrigues et al. (2013, p. 782)

Incluir a família no cuidado à criança é uma maneira de humanizar o ambiente hospitalar, auxiliar na aceitação e adaptação da condição de internação, diminuir o sentimento de abandono da criança em relação a outros membros da família e facilitar a relação do paciente com a equipe de saúde.

Já aconteceu alguma situação de conflito, desentendimento com o acompanhante/familiar? Se afirmativo, qual a causa.

“Assim, conflito, conflito não, no meu período que eu trabalho nunca teve nenhum conflito com mãe [...] tem aquela mãe que é mais nervosa, tem aquela mãe que é mais calma tranquila [...].” (T2)

“Não aconteceu.” (T3)

“Não, no tempo em que eu estive ali foi tranquilo.” (T5)

“Sim, devido a falta de informação correta do acompanhante quando o estado geral da criança, [...].” (T4)

“Na verdade com o pessoal da enfermagem não, mas sim com as próprias acompanhantes, [...] por causa do choro de outro bebê, por causa da luz que uma acendeu e a criança estava dormindo, por causa da televisão que estava com volume alto, coisas assim, [...].” (T1)

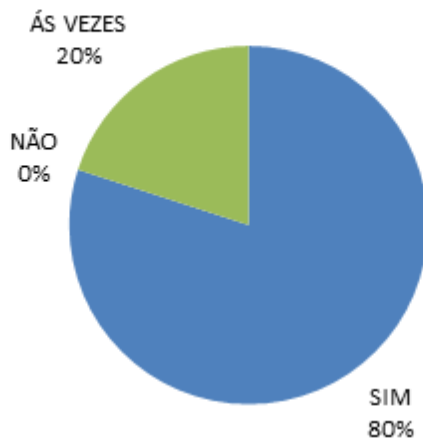
De acordo com os relatos evidencia-se que três participantes não tiveram nenhum tipo de conflito com acompanhante/familiar, e as duas participantes que tiveram conflitos um foi devido à falta de comunicação e os outros foram entre as acompanhantes/familiar.

Segundo Rodrigues et al. (2013, p. 784)

A falta do diálogo interativo e da escuta atenta tem se mostrado como óbice para o estabelecimento de vínculos e responsabilizações entre família e equipe no cuidado à criança hospitalizada. Assim, a relação tende a ser fragilizada podendo, inclusive, comprometer a qualidade do cuidado.

Para conseguir identificar como ocorre a comunicação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante/familiar foi realizado a observação em quatro categorias descritas a seguir.

Gráfico 01 - A equipe de enfermagem explica a situação clínica do paciente ou sobre um procedimento realizado ao paciente



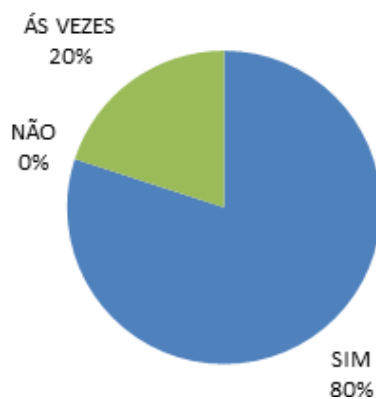
Fonte: Dados da pesquisa, 2016

No gráfico acima, verifica-se que na observação dos 5 participantes da pesquisa, que 80% das participantes explicam a situação clínica, ou sobre um procedimento que está sendo realizado no paciente, enquanto 20% das participantes às vezes explicam.

Segundo Torquato et al. (2013, p. 5544)

A viabilidade de uma comunicação efetiva a partir de uma linguagem simples e esclarecedora, que possibilite o cuidador expor suas dúvidas, medos e necessidades quanto ao processo de saúde-doença do filho, oportuniza um relacionamento autêntico e recíproco entre ele, a criança e o profissional.

Gráfico 02 - A comunicação é feita de forma clara e efetiva de acordo com a necessidade de cada familiar



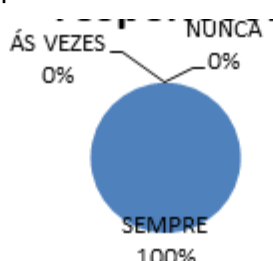
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No que se refere à comunicação pode-se observar que 80% das participantes da pesquisa realizavam a comunicação de forma clara e efetiva, sendo que 20% das participantes às vezes realizam a comunicação de forma clara e efetiva e de acordo com a necessidade do familiar.

Para Sabatés e Borba (2005 apud Alves et al. 2009, p. 588)

[...] é um dever da enfermeira fornecer informação completa, apurada, correta e clara sobre as condições e as reações à doença, o tratamento da criança, e verificar como os pais compreendem a situação.

Gráfico 03 - O tratamento fornecido pela equipe de enfermagem era educado cordial e respeitoso.



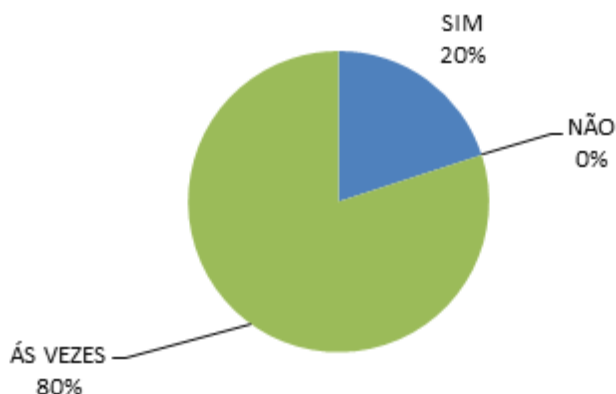
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Observou-se que 100% das participantes da pesquisa que foram observadas, sempre tratam os acompanhantes/familiares de forma educada, cordial e respeitosa.

Segundo Soares e Leventhal (2008, p. 331)

[...] o relacionamento entre o profissional e a família/criança deve ser empático, com diálogo, toque carinhoso e humano, de modo que o profissional se torne disponível à família tanto para tirar as dúvidas como para aceitar compartilhar os cuidados, respeitando sua escolha.

Gráfico 04 - A equipe de enfermagem se identifica para o acompanhante/familiar ao realizar o atendimento ao paciente pediátrico.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016

No gráfico acima, verifica-se que apenas 20% das participantes da pesquisa se identificam para o acompanhante/familiar quando vão realizar o atendimento ao paciente pediátrico, e 80% das participantes se identificam às vezes.

Soares e Leventhal (2008, p. 330) relatam que

Percebemos na prática que conversar com o acompanhante/familiar é importante forma de descobrir suas dúvidas e reais necessidades, pois muitas vezes é possível a equipe realizar diversas orientações [...].

Considerações Finais

A pesquisa permitiu conhecer a relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar do paciente pediátrico numa unidade hospitalar, como ocorre a comunicação e qual a importância do acompanhante/familiar no período de hospitalização da criança.

Foi observado que uma boa recepção e uma boa relação são elementos essenciais no atendimento pela equipe de enfermagem, intervindo positivamente no estado de saúde do paciente e que nas relações de cuidado deve existir carinho, atenção, paciência e afetividade

A análise dos dados mostrou a importância das informações sobre o processo saúde-doença serem de forma clara e efetiva à família, e que possibilite à família expor suas dúvidas a fim de fazer com que se tenha uma relação segura e de confiança. E com isso faz com que diminua a ansiedade dos pais e com que ocorra a aceitação da

hospitalização da criança, facilitando assim o tratamento. Na falta de diálogo faz com que a relação fique fragilizada e a qualidade do cuidado comprometida.

Neste trabalho ficou evidenciado a importância da presença do acompanhante/familiar no processo de hospitalização da criança, trazendo benefícios como: segurança, conforto, fácil adaptação e ainda favorece a adesão ao tratamento. E de preferência que este acompanhante seja a pessoa mais próxima da criança, com isso percebe-se que a participação da família no cuidado à criança é uma forma de humanizar o ambiente hospitalar.

Enfim, a pesquisa contribui para aprender e compreender a relação da equipe de enfermagem com o acompanhante/familiar da criança hospitalizada. Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática, a fim de contribuir para a ampliação do cuidado em saúde da criança hospitalizada, abrindo espaço para estudos posteriores.

Referências

- ALVES, C. A. et al. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.13, supl.1, p. 581-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a10v13s1.pdf>>. Acesso: 05 ago. 2016
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- CORBANI, N. M. S. et al. **Humanização do cuidado de enfermagem:** o que é isso? <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.
- COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Rev. Ciência, cuidado e saúde**, vol. 62, n. 3, p. 349, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/9545/6656>>. Acesso: 18 out. 2016.
- DIONÍSIO, R. P. P.; ESCOBAR, E. M. A. Importância da presença e participação dos pais durante a hospitalização da criança. **Rev. Enfermagem**, vol. 3, p. 23, 2002. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-05.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2016.
- MOURÃO, C.M.L et al. **Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica.** **Revista Rene**, vol. 10, n. 3, p.139, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a17v10n3.pdf>. Acesso: 13 jul. 2016.

RAMOS, R. R. A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa unidade básica de saúde. Universidade de São Paulo, **Escola de enfermagem**, 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-22062009-105710/>>. Acesso: 18 out. 2016.

RODRIGUES, P. F. et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery**, p. 781, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400781>. Acesso: 14 abr. 2016

SANTOS, M. R. et al. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 646-653, Set. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300010&lng=en&nrm=iso> .Acesso: 26 Feb. 2016.

SCHMITZ, E. M. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. Editora Atheneu, 2005.

SOARES, M. F; LEVENTHAL, L. C. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Rev. Ciência cuid. Saúde**, vol. 7, n. 3, p. 327, 2008. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6503/3858>>. Acesso: 09 out. 2016.

TORQUATO, M. I. et al. Assistência humanizada à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. **Rev. Enfermagem UFPE**, vol. 7, n. 9, p. 5541, 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4721/7154>>. Acesso: 26 out. 2016.

TEORIA DE PAPÉIS - UMA ATRIZ, VÁRIOS PAPÉIS: AS MÚLTIPLAS FACES DA MULHER CONTEMPORÂNEA

Clarize Aparecida Carvalho Padilha¹; Suelen Silva Dutra da Luz².

¹ Acadêmica de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde - Unibave.; E-mail: clarizecarvalho@gmail.com

² Acadêmica de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde – Unibave; E-mail: dutrasuelen95@gmail.com

Resumo: Houve um tempo em que os papéis da mulher estavam atrelado ao lar. Com as revoluções feministas, conquistaram-se direitos, inclusive no campo de trabalho. Atualmente, as funções da mulher somam as antigas e as novas demandas. Este trabalho tem como objetivo compreender a mulher contemporânea por meio da Teoria de Papéis do Psicodrama. Diante do tema proposto, este estudo será de cunho qualitativo, sendo uma pesquisa exploratória. Pretende-se com este estudo, recolher informações por meio de entrevista semiestruturada. Como resultados é possível perceber que a teoria de papéis corroborou com a visão que estas mulheres têm de si e de suas funções. Pode-se notar como estas mulheres demandam grande parte de sua vida em função de desempenhar os papéis pré-estabelecidos, como aqueles que vão surgindo. Sendo estas, estudantes, mães, trabalhadoras e donas de casa, que desempenham de modo exímio o papel mais expressivo, seu papel de mulher.

Palavras-chave: Psicodrama. Teoria de papéis. Papel de mulher.

Introdução

Durante o século XIX, o papel de mulher estava diretamente atrelado ao lar. Com as revoluções Industriais e feministas, houve mudança neste contexto, afetando diretamente os papéis atribuídos às mulheres, e com isto a necessidade da mulher adaptar-se a esta nova realidade. A partir desta demanda, identificamos a necessidade de compreender quais são os papéis da mulher na contemporaneidade.

Para tal, buscamos através de uma entrevista semiestruturada com mulheres de contextos, idades e profissões diferentes, explorar os papéis por elas desenvolvidos. Esta pesquisa possibilita caracterizar os papéis destas mulheres comparado com o que traz a literatura e assim, ratificar a nossa pesquisa. Grande diferença de desempenho de papel entre mulheres do século XIX e XX e mulheres do século XXI levanta questões relacionadas à época, e como as conquistas de direitos inferem na atuação das mulheres, atualmente. Ou seja, dado os fatores, qual seria essa diferença entre as mulheres do século passado e de atualmente? Será que as

mulheres estão satisfeitas do jeito que levam as suas vidas? Partindo deste pressuposto, é de suma importância entender a realidade biopsicossocial na qual essas mulheres estão inseridas. Considerando o papel da mulher em toda sua complexidade. E para este resultado, utilizaremos a Teoria de Papéis, do Psicodrama, para dar embasamento aos nossos estudos e corroborar a pesquisa com as mulheres com o que diz a literatura de Moreno.

Este trabalho é importante para nós, acadêmicos de Psicologia, porque proporciona uma visão nos fundamentos da práxis, sendo de grande relevância ao que competem as habilidades que precisam ser desenvolvidas no âmbito acadêmico e profissional. Além de encontrar os interesses das autoras no que refere aos estudos de gênero, primeiramente como mulheres, onde há a curiosidade em conhecer sobre a própria classe. Como acadêmicas, ao que refere a Psicologia, sendo seu objeto de estudo, os comportamentos e a subjetividade humana, aqui entendido como os papéis de mulher. A embasamento no Psicodrama e Teoria de Papéis, como meio de entender como estes comportamentos acontecem na prática cotidiana.

Psicodrama e Teoria de Papéis

Pretende-se estudar e compreender as múltiplas faces da mulher, resinificando o papel da mesma, a partir dos pressupostos do Psicodrama. O Psicodrama é umas das abordagens dentro da Psicologia, criada por Jacob Levy Moreno, que nasceu em 6 de Maio de 1889, em Bucarest, na Romênia. Moreno era de origem judaica e sua família veio da península ibérica, mas estabeleceu-se na Romênia, na época da Inquisição.

Os estudos de Moreno datam de antes, embora, foi em 1930 que cunhou suas técnicas grupais. “Em 1925 Moreno, introduziu sua técnica nos Estados Unidos, e, no início dos anos de 1930, propôs o termo “psicoterapia de grupo” para descrever tal tipo de prática.” (BECELLI, SANTOS, 2014 p.2). E a partir da psicoterapia de grupo, Moreno desenvolveu as técnicas e com isto, criou o Psicodrama, como teoria.

"Drama" significa "ação" em grego. Psicodrama pode ser definido como uma via de investigação da alma humana mediante a ação. É um método de pesquisa e intervenção nas relações interpessoais, nos grupos, entre grupos ou de uma pessoa consigo mesma. Mobiliza para vivenciar a realidade a partir do reconhecimento das diferenças e dos conflitos e facilita a busca de alternativas para a resolução do que é revelado, expandindo os recursos disponíveis. (FEBRAP, 2011)

Dentro do Psicodrama, há a Teoria dos Papéis, que será abordado neste artigo. “O papel é a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos são envolvidos.” (GONÇALVES; WOLFF; ALMEIDA, 1988, p.67). A Teoria de Papéis de Moreno, engloba as diversas funções e “personagens” que um indivíduo encarna em seu cotidiano.

A teoria psicodramática dos papéis leva o conceito de papel a todas as dimensões da existência humana, desde o nascimento e ao longo de toda a vida do indivíduo, enquanto experiência pessoal e modalidade de participação social. Situa-se no conjunto da teoria moreniana que sempre se refere ao homem em situação, imerso no social, buscando transformá-lo através da ação. O conceito de papel, que pressupõe interrelação e ação, é central nesse conjunto articulado de teorias, imprescindível, sobretudo, para a compreensão da teoria e prática do psicodrama (RUBINI, 1995, p.6).

Ao falar de papel temos que considerar um conjunto de valores, de cultura, enfim, o meio que o indivíduo está inserido, para a partir disso extrair conclusões do seu contexto.

Rubini (1995, p.3) afirma que (...) “definindo-se como um padrão determinado de comportamento que reflete e caracteriza uma posição especial do indivíduo dentro do grupo social a que pertence. ” Ou seja, o modo como desempenham seus papéis nas relações é que efetivam seu espaço no meio à qual estão inseridas.

Mulheres e seus desdobramentos

Historicamente, foi atribuído às mulheres o papel de donas de casa, mães e esposas, não dando margem para que estas pudessem ressignificar suas vontades e pudessem escolher outros modos de vida. A desvalorização da mulher no âmbito profissional, deu-se porque há a crença de que a mesma se define através dos papéis de esposa e mãe. Onde só há valorização de si, quando bem desempenhada tais funções, e que esta deve deixar suas vontades para atender ao outro. (RAGO, 2014, p.91). Durante o século XIX, os papéis desempenhados eram o de esposa, dona de casa e mãe, uma autonomia que pode ser desenvolvida. Com as conquistas de equidade de gênero, no sufrágio, as mulheres ganharam o direito a exercer profissões antes dominadas pelo homem, as mulheres tornaram-se mais independentes e conquistaram espaços mais amplos para sua atuação.

Se hoje deparamos com uma ideia de feminilidade que nos parece tradicional, é importante perceber que essa tradição tem uma história recente, que faz parte da história da constituição dos sujeitos modernos, a partir do final do século XVIII e ao longo de todo o XIX. Também é importante ressaltar que os discursos que constituíram a feminilidade tradicional fazem parte do imaginário social moderno, transmitido pela educação formal, pelas expectativas parentais, pelo senso comum, pela religião e pela grande produção científica e filosófica da época, que determinava o que cada mulher deveria ser para ser verdadeiramente uma mulher (KEHL, 2016, p.38).

Na Europa, no início do século XVIII, ocorreram diversas mudanças sociais que culminaram na Revolução Industrial. Com o aumento da produção houve a necessidade de procurar outras alternativas de força de trabalho, que fossem ao mesmo tempo mais baratas. “Esses primeiros trabalhos executados pelas mulheres, e reconhecidos pela sociedade, eram desempenhados em troca de uma refeição ou de uma quantia irrisória de dinheiro.” (TEIXEIRA, 2009, p. 238). Logo, as mulheres passaram a desenvolver outros papéis, além dos habituais e este contexto acarretou em mudanças em vários âmbitos da vida dessa.

Isto mudou radicalmente a vida das mulheres, já que elas passaram a executar dupla jornada de trabalho. No âmbito doméstico continuaram a cumprir com as funções de reprodução e, na fábrica passaram a desenvolver as atividades precarizadas em funções multitarefas. (BOTTINI; BATISTA, 2013, p.3)

Diferentemente dos homens, as mulheres aumentaram os seus papéis, somando os papéis tradicionais com os novos papéis que surgiram a partir deste cenário sociopolítico.

Procedimentos Metodológicos

Este trabalho trata-se de uma Pesquisa exploratória sendo de grande valia para o contexto da pesquisa.

Segundo Selltiz et al. (1965), enquadram-se na categoria dos estudos exploratórios todos aqueles que buscam descobrir ideias e intuições, na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. Nem sempre há a necessidade de formulação de hipóteses nesses estudos. Eles possibilitam aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas, criar novas hipóteses e realizar novas pesquisas mais estruturadas. Nesta situação, o planejamento da pesquisa necessita ser flexível o bastante para permitir a análise dos vários aspectos

relacionados com o fenômeno. (SELLTIZ, 1965 apud OLIVEIRA, 2011, p.20).

A abordagem realizada é qualitativa, pois é relevante e congruente nos dados que queremos levantar.

Segundo Triviños (1987), a abordagem de cunho qualitativo trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências. (TRIVIÑOS, 1987 p.24 apud OLIVEIRA, 2011).

O método utilizado foi uma entrevista semi-estruturada.

As entrevistas semi-estruturadas podem ser definidas como uma lista das informações que se deseja de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (a estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões são feitas irão variar de acordo com as características de cada entrevistado. Geralmente, as entrevistas semi-estruturadas baseiam-se em um roteiro constituído de “[...] uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista” (LAVILLE & DIONNE, 1999, p.188), apoiadas no quadro teórico, nos objetivos e nas hipóteses da pesquisa. (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.188 apud OLIVEIRA,2011, p.36)

A amostra são mulheres de 14 a 60 anos, sendo que dezessete participaram da entrevista semi-estruturada. As entrevistadas moram na região das Encostas da Serra do Rio do Rastro, nas cidades de Lauro Muller e Orleans (SC). Entre estas, há donas de casa, estudantes de Ensino Fundamental e Médio, de Graduação, professoras e auxiliares de serviços gerais. As entrevistas foram coletadas no mês de maio de 2017, sendo aplicadas dez perguntas referentes aos papéis que estas desempenham, as preferências e as dificuldades em realizá-los.

Por meio de preceitos éticos, todas as mulheres entrevistadas tiveram seus nomes alterados para fictícios, sendo que todas assinaram o (TCLE) termo de consentimento livre esclarecido, seguindo normas que regem o (CRP) conselho federal de psicologia, sendo assim protegendo a integridade moral das entrevistadas.

Resultados e Discussão

Através dos dados colhidos com a entrevista, foi possível construir uma tabela

com as informações das entrevistadas, relacionando idade, escolaridade, estado civil e se possuem filhos. Como método de identificá-las e contrastar os papéis desempenhados.

Os nomes utilizados neste estudo são fictícios, como meio de preservar a identidade das entrevistadas. Vale ressaltar também, que as entrevistadas permitiram que as informações colhidas pudessem ser utilizadas neste estudo, bem como anteriormente à entrevista, foi realizada uma breve explicação do que se tratava este trabalho e como as mesmas estariam colaborando para a realização do mesmo. Posteriormente aos dados de identificação, foram questionadas sobre os papéis que desempenham, o mais importante em sua visão, o papel mais difícil, aquele que mais gosta de desempenhar, o papel que demanda mais tempo e se gostariam de modificar algum papel.

Tabela 1 - Dados colhidos com a entrevista

Entrevistadas	Dados	Papel (s)
Amabile	19 anos, Ensino Médio Incompleto, Solteira, Estudante, não tem filhos.	Papel mais importante: Filha Papel mais difícil: Estudante Papel que mais gosta: Estudante Papel que demanda mais tempo: Irmã Papéis que exerce: Estudante, filha, neta, do lar, irmã, amiga, namorada
Adriana	21 anos, Ensino Superior Incompleto, Solteira, Auxiliar de escritório, não tem filhos.	Papel mais importante: Filha Papel mais difícil: Amiga Papel que mais gosta: Filha- amiga Papel que demanda mais tempo: Filha Papéis que exerce: Amiga, sobrinha, estudante, colaboradora, filha, irmã, neta, prima
Lívia	22 anos, Ensino Superior Incompleto, Solteira, Auxiliar de educação infantil, não possui filhos.	Papel mais importante: Funcionaria Papel mais difícil: Filha Papel que mais gosta: Irmã Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: filha, amiga, irmã, funcionária, estudante
Carla	44 anos, Ensino Fundamental Incompleto, Divorciada, Diarista, possui 3 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Funcionária Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Mãe, madrasta, funcionária, dona de casa, irmã, amiga, namorada
Fernanda	57 anos, Ensino Superior Completo, Divorciada, Auxiliar de serviço gerais, tem 2 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Mãe Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Filha, mãe, amiga,

		funcionário, vó
Gabrielle	27 anos, Pós-Graduação, Casada, Professora, não possui filhos.	Papel mais importante: Esposa Papel mais difícil: Professora Papel que mais gosta: Filha Papel que demanda mais tempo: Professora Papéis que exerce: Filha, esposa, irmã, professora, nora, amiga, colega de trabalho, tia
Ivonete	58 anos, Ensino Fundamental incompleto, Divorciada, Aposentada, tem 1 filho.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Mãe Papel que mais gosta: Vó Papel que demanda mais tempo: Dona de casa Papéis que exerce: Mãe, avó, dona de casa, amiga, irmã, auxiliar de grupo dos idosos
Camila	17 anos, Ensino Superior Incompleto, Solteira, Bibliotecária.	Papel mais importante: Filha Papel mais difícil: Funcionária Papel que mais gosta: Estudante Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Filha, irmã, estudante, funcionária, amiga, educadora
Marta	49 anos, Ensino Fundamental Incompleto, Casada, Faxineira, possui 2 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Funcionária Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Mãe, esposa, Funcionária, irmã, amiga, agricultora
Milena	42 anos, Ensino Superior Incompleto, Solteira, Auxiliar de professor, possui 2 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Filha Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Mãe Papéis que exerce: Mãe, filha, sogra funcionária, amiga, irmã, estudante, tia
Regiane	14 anos, Ensino Fundamental Incompleto, Solteira, Estudante.	Papel mais importante: todos Papel mais difícil: nenhum Papel que mais gosta: Filha e irmã Papel que demanda mais tempo: Amiga Papéis que exerce: Filha, irmã, amiga, estudante
Roberta	43 anos, Ensino Médio completo, solteira, autônoma, possui 2 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Esposa Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Dona de casa Papéis que exerce: Dona de casa, mãe, esposa, Filha, Amiga, Irmã
Silmara	40 anos, Ensino Superior Completo, Casada, Professora e Diretora, possui um filho.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Mãe Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Diretora Papéis que exerce: Mãe, esposa, tia, diretora

		(prof.), filha, amiga, dona de casa
Ana	25 anos, Ensino Superior incompleto, Solteira, Estudante, possui um filho.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Filha Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Estudante Papéis que exerce: Mãe, filha, irmã, amiga, estudante
Sueli	60 anos, Ensino Fundamental, Casada, Cozinheira, possui 3 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Dona de casa Papel que mais gosta: Mãe Papel que demanda mais tempo: Mãe Papéis que exerce: Mãe, dona de casa, esposa, funcionária
Cátia	19 anos, Ensino Superior Incompleto, Solteira, Estagiária, não possui filhos.	Papel mais importante: Filha Papel mais difícil: Namorada Papel que mais gosta: Filha Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Filha, amiga namorada, funcionária
Marta	33 anos, 2º grau Incompleto, Casada, Auxiliar de serviço gerais, possui 3 filhos.	Papel mais importante: Mãe Papel mais difícil: Funcionária Papel que mais gosta: Esposa Papel que demanda mais tempo: Funcionária Papéis que exerce: Mãe, filha, esposa, funcionária, amiga, tia, madrinha

Fonte: Autoras, 2017.

Discussão dos Papéis

São dezessete mulheres, com idades entre 14 e 60 anos, escolhidas de modo aleatório. Destas, dez tem filhos e sete não. Cinco das entrevistadas têm Ensino Fundamental incompleto, duas com Ensino Médio incompleto, uma com Ensino Médio completo, seis com Ensino Superior Incompleto, duas com Ensino Superior completo e uma está na Pós-Graduação. Entre estas, encontram-se nove solteiras, três divorciadas e cinco casadas. É de suma importância ressaltar que as entrevistas foram realizadas com mulheres que desempenham papéis diversos, sendo que, entre estas destacam-se esposas, mães, funcionárias, filhas e estudantes. Para compreender como estes papéis afetam a vida destas mulheres, foi questionado qual é o papel que consideram mais importante. Sendo que, as dez mulheres que possuem filhos, responderam que é o papel de mãe. Como foi relatado por Fernanda, evidenciando a realização destas com este papel, mas em contrapartida, a ansiedade em desempenhá-lo da melhor maneira possível:

“Mãe, porque tem que dar exemplo...orientação” (sic)

Já quatro mulheres falaram que o papel de filha é o mais importante. Assim como relata Adriana:

“O mais importante? Acho que o de filha, porque foi o primeiro que eu desempenhei na vida... os outros foram só consequência desse.” (sic)

A afetividade é um forte elemento na base de trocas parentais e constitui talvez, mais do que a causa, a sua legitimação ideal (...) que se baseia agora a continuidade das gerações de pertença a uma parentela comum. Desde o dia em que nascem, as crianças vivem numa família que dá forma às suas crenças, atitudes e ações. Ao tentar compreender e respeitar a família de cada uma delas, é fundamental encorajá-las a verem-se, a si próprias e aos outros, como sendo pessoas de valor e membros participantes da sociedade. (SACARENO 1992 p.73)

Quando questionada sobre o papel que mais gosta, a entrevistada Regiane diz:

“Eu gosto de ser amiga, porque eu sou amiga da minha mãe e da minha irmã também...claro, tenho as minhas amigas e isso é o mais importante” (sic)

Este relato afirma a importância para a mulher em manter vínculos de amizade, inclusive no âmbito familiar, o que implica diretamente em seu bem-estar.

Amigos dialogam mais, trocam mais abraços e beijos, revelam um maior número de assuntos e com mais profundidade, são parecidos quanto a traços de personalidade e atitudes, e se assemelham em sentimentos e gostos à medida que interagem (ZOUZA, HUTZ, 2008,p.260 apud FEH 1996)

O papel mais difícil foi o de funcionária, com quatro relatos, devido a responsabilidade e a pressão do mesmo. A competição feroz entre as empresas, a globalização, os programas de metas, produtividade e tantos outros deixam o indivíduo estressado (MARINS, 2003). Foi ressaltado a dificuldade em conciliar o trabalho remunerado com os serviços domésticos, sendo que as mulheres que tem um emprego, possuem também a responsabilidade de coordenar os serviços em casa, o que mostra a literatura, que as mulheres mesmo desempenhando papéis novos e de espaço público, ainda são as que exercem os papéis do espaço privado. Como relata Carla:

“Eu trabalho de diarista, daí fica difícil trabalhar fora e manter as coisas em casa, fazer comida, limpar, essas coisas” (sic)

O ingresso das mulheres no mundo econômico não equilibra as

funções atribuídas aos sexos, ao contrário, reforça as desvantagens vividas pelas mulheres que atualmente compartilham com os homens, de forma equânime ou não, a provisão financeira da família juntamente com a responsabilidade da esfera reprodutiva. A saída do lar e as conquistas cada vez mais visíveis no âmbito público representaram uma revolução incompleta, uma vez que as mulheres ainda assumem praticamente sozinhas as atividades do espaço privado, o que perpetua uma desigual e desfavorável divisão sexual do trabalho para elas (SOUSA; GUEDES, 2016 , p.125).

E o papel de mãe também aparece como sendo o mais difícil para esta amostra, com três respostas e como o relata Fernanda:

“Mãe, porque dá medo de não ser competente o suficiente” (sic)

Dentre os papéis assumidos pela mulher, salienta-se o de mãe. Sob essa ótica, percebem-se sintomas de intenso sofrimento emocional de mulheres com filhos menores de cinco anos, caracterizando a dificuldade para conciliar os diversos papéis simultaneamente. (MERIGHI e cols., 2011, p.3)

No papel que demanda mais tempo aparecem os papéis de funcionária, onde sete das entrevistadas relataram passar muito tempo no ambiente de trabalho. Como fica evidente na fala da entrevistada Lívia:

“Fico muito tempo no trabalho, passo maior tempo no trabalho” (sic)

Deste modo, nota-se a carga que as mulheres carregam para conciliar o trabalho com outras atividades, e como isso, afeta a vida das mesmas de forma diferente do que a dos homens. (...) percebe-se a sobrecarga laboral que impacta, de modo diferenciado, a vida da mulher. (MERIGHI e cols., 2011, p.3)

Depois aparece o papel de dona de casa, com dois relatos, como o de Roberta:

“Tem que limpar todo tempo, tem que manter tudo limpinho...” (sic)

O papel da mãe aparece também, com dois relatos, como o de Milena:

“Eu é que me preocupo, cuido e protejo, eu que tenho que fazer tudo...” (sic)

É importante salientar, que a sociedade impôs os papéis de mãe e dona de casa às mulheres, o que fica ainda mais evidente pela fala das entrevistadas, onde observa-se a angústia das mesmas, em ter que manter a casa e os filhos sob sua responsabilidade. Verificou-se em dois relatos que os papéis que mais gostavam são o de estudante. Onde, desempenhar esse torna-se relevante para o papel de profissional, posteriormente. E designa o valor que estas estudantes atribuem a ele.

“O comprometimento do estudante com sua aprendizagem está relacionado aos objetivos e inspirações que ele tem, desencadeando, assim, o sentido de equilíbrio entre o querer e o fazer” (FELICETTI; MOROSINI, 2010, p.25)

Treze das entrevistadas, relataram que tem um tempo para si, onde o usam para sair, conversar, passear, jantar com amigas (os), ir à praia ou ao shopping.

Como Lívia relatou:

“Para passear, jantar e conversar com amigos” (sic)

Apenas uma relatou não ter tempo para sair, mas tem um tempo para os cuidados pessoais. Como relata Ivonete:

“Tenho para pintar e cortar o cabelo” (sic)

E duas relataram que raramente tem um tempo para si, ou para o lazer.

À medida que as pesquisas foram avançando, muitos mitos têm se diluído diante dos resultados. Verbrugge (1983) encontrou que a atuação em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico; Rosenfield (1980) confirma com o resultado de sua pesquisa que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de depressão quando as mesmas estão desempenhando papéis tradicionais, e que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis do que as que não possuem um trabalho remunerado. (POSSATTI; DIAS; 2002)

Diante desta perspectiva percebemos o quão importante é a mulher desenvolver outros papéis, pois é através dos mesmos, que sua autoestima tem uma crescente melhora, onde a mulher sente-se integrada na sociedade fazendo parte de outros conjuntos de papéis. É notável que a possibilidade de poder desempenhar outros papéis aparece com muitos significados para as mulheres, visto que esta mudança desloca as mesmas para novas esferas e estas descobrem novas performances.

Para teorias de acumulação de papéis como a hipótese da expansão (MARKS, 1977; SIEBER, 1974) ao desempenhar vários papéis os indivíduos não acumulam apenas obrigações, mas também passam a desfrutar de privilégios e se as recompensas forem maiores que as preocupações, o mesmo terá ganhos para a sua personalidade favorecendo o bem-estar psicológico, ou seja, é de suma importância considerar a qualidade dos papéis desempenhados, a causa é que os papéis diferem em valor social e em obrigações e privilégios, assim como a proporção de privilégios e obrigações são diferentes para cada ocupante. (POSSATTI, et.al.2002, p.294).

A partir da entrevista com as mulheres, compreendemos a importância em desempenhar diversos papéis para garantir a saúde mental das mesmas, porque a partir disto, as mulheres saem dos papéis tradicionais, encontram novos espaços, conhecem outras realidades, e outras pessoas e elevam sua autoestima, ao passo de sentirem-se úteis no ambiente que estão inseridas.

Outros autores enfatizam a importância das requisições de papel para dar sentido à vida de uma pessoa (THOITS, 1983; VANDEWATER;; OSTROVE; STEWART, 1997), pois as identidades são sustentadas através dos relacionamentos de papéis, assim quanto mais posições o indivíduo ocupar, maior será sua segurança existencial, o que ele considera de vital importância para o bem-estar psicológico (THOITS, 1983 apud POSSATTI, 2002; VANDEWATER; OSTROVE; STEWART,1997, p. 294).

Como foi citado acima, para o bem estar biopsicossocial das mulheres, é de suma importância que estas desempenham diversos papéis na sociedade, garantindo assim sua saúde e qualidade de vida. Compreende-se então, como a Teoria de Papéis e o Psicodrama respaldaram na apropriação do tema abordado, a multiplicidade de papéis das mulheres, e a importância destes papéis na vida das mulheres entrevistadas.

O adoecer do papel é adquirido no decorrer da vida do sujeito. Há várias possibilidades de adoecer em nível de papel. Uma delas é haver regressões e fixações em certos estados de desempenho de papéis e outra é adoecer pela imposição social de um papel que o sujeito não se satisfaria em desempenhar, ficando frustrado. (BUSTOS, 1992 apud PYTLOVANCIW, 2016, p.19).

A partir do que Bustos afirma, há o entendimento de que é importante para a mulher desempenhar os papéis dos quais gosta e identifica-se, porque do contrário, atuar em determinado papel, por imposição da sociedade, é prejudicial à mulher, a nível de bem-estar e autoestima. Por isto foi importante aplicar as perguntas com esta amostra, para identificar através da Teoria dos Papéis, se as mulheres estão identificando-se com os papéis que desempenham, e se estes estão trazendo benefícios às mesmas. Com base na literatura e conciliando com as entrevistas, ficou distinto que alguns papéis, como o de funcionária, estão causando o adoecimento do papel a estas mulheres, por considerarem o tempo que passam no ambiente de trabalho longo e cansativo. Essa percepção corrobora com a literatura de que há

necessidade em gostar do papel desempenhado, para garantir a saúde física e mental destas atuantes.

Considerações Finais

Através de dados colhidos das entrevistas, concluímos que a teoria de papéis corroborou com a visão que estas mulheres têm de si e de seus papéis. Pode-se notar que os papéis de amiga, irmã, filha, mãe, funcionária e dona de casa foram os mais identificados pela pesquisa, demonstrando que as mulheres podem e desempenham diversos papéis, dentre aqueles já estabelecidos culturalmente, como os que vão surgindo. Constata-se que as mulheres estão cada vez mais exercendo múltiplos papéis, e com isto, ampliando seus conceitos e visões sobre o que significa ser mulher, e como são importantes dentro do cenário que estão inseridas.

A partir da conversa com as entrevistadas, pudemos fazê-las pensar o modo que percebiam suas vidas, como as mesmas nos relataram, desencadeando em suas expectativas diante do futuro, nos expuseram o desejo de passar mais tempo com a família e trabalhar menos, porque em sua visão perdem muito tempo no trabalho, e deixam a si e os seus em segundo plano.

Com este estudo clarificou-se a ideia da importância deste trabalho e de como há a necessidade de que outros estudos sejam realizados, aliando a teoria de papéis com a vida de mulheres, mães, filhas, estudantes, profissionais, amigas e todos os papéis que são realizados. Como meio de fazer repensar os papéis atribuídos a nós mulheres, e como esta compreensão se faz importante para minimizar as confusões que surgem na sociedade e nas próprias mulheres em relação ao desempenho das suas funções. E gerar discussão dentro de todas as possibilidades de papéis que podem ser atribuídos à mulher contemporânea, para desmistificar a visão de mulher, mãe e rainha do lar e abrir espaço para novas atuações.

Referências

BECELLI C. De Paulo Luiz; SANTOS Antônio Manoel. **Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu.** Enfermagem vol.12 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004

BORIS Blog Janja Daniel Georges; CESÍDIO Holanda de Mirela. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Rev. Mal-Estar** Subj. V.7 n.2 Fortaleza set. 2007.

BOTTINI Mamus Lucia; BATISTA Leme Roberto. **O trabalho da mulher durante a revolução industrial inglesa.** Os desafios da escola pública paranaense na

perspectiva do professor pde artigos. Versão On-line ISBN 978-85-8015-076-6
Cadernos PDE. 2013.

FELITTI, Lucia Vera; MOROSINI Costa Marília. Do compromisso ao comprometimento: o estudo e a aprendizagem. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p.23-44,2010. UFPR.

GONÇALVES Salles Camila; WOLFF Roberto José; ALMEIDA De Castello Wilson. **Lições de psicodrama: Introdução ao pensamento de J.L Moreno**. São Paulo: Àgora, 1988.

MEDEIROS; Laurenciano Rafael Victor; AGUIAR; Melquiades Claudio. **Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas**. Pucpr- 2009

MERIGHI Barbosa Aparecida Miriam. et a. Ser docente de enfermería, mujer y madre: revelando La vivencia bajo la perspectiva de la fenomenologia social **.Rev.Latino-Am. Enfermagem vo. 19 no. 1** Ribeirão Preto Jan./Feb.2011.

NERY Penha Da Maria. **Vínculo e afetividade**. 3 ed. São Paulo: Àgora, 2014.Recurso digital.

OLIVEIRA Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. UFG, 2011.

PYTLOVANCIW, Zucco Carolina. **Policiais militares femininas: compreendendo a profissão sob a ótica do Psicodrama e das questões de gênero**. Itajaí, 2016.

POSSATTI Cristina Isabel; DIAS Rique Mardônio. **Multiplicidade de Papéis da Mulher e seus Efeitos para o Bem-Estar Psicológico**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(2), pp. 293-301.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2016

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar: a utopia da sociedade disciplinar: Brasil 1890-1930**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014

RUBINI Carlos. O conceito de papel no psicodrama. Texto publicado na **Revista Brasileira de Psicodrama**, vol. 3; fascículo I – ano 1995; (pg. 45-62)

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. **Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais**. Psic. Clin, Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p.137 – 149, 2011

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. **A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década**. Estudos Avançados 30 (87), 2016

TEIXEIRA, Cíntia Maria. **As Mulheres no Mundo do Trabalho: Ação das Mulheres, no Setor Fabril, para a Ocupação e Democratização dos Espaços Público e Privado**. Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 237-244.

UM OLHAR DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA: VISLUMBRAR VIVÊNCIAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

Aline Schafranski Kemper¹; Mariana Rosa da Cruz²; Rodrigo Morais Kruehl³;

¹Academica.Unibave. alinekemperfacul@gmail.com

²Academica.Unibave.marianacruz.psicologia@gmail.com

³Professor.Unibave.rmelpsico@gmail.com

Resumo: A Psicologia Social e a Psicologia Social Comunitária são áreas respectivas à Psicologia que demandam uma compreensão dos indivíduos dentro de um contexto social. O CRAS é um mecanismo público onde se efetuam ações preventivas e promocionais com pessoas e famílias em situações de vulnerabilidade. Várias problemáticas sociais são encontradas neste contexto e que necessitam serem trabalhadas e amparadas por Políticas Públicas. Este artigo relata vivências no CRAS de uma cidade do Sul de Santa Catarina e que sugerem observações e intervenções com os estes usuários. O estudo foi na forma de relato de experiência, realizado, por acadêmicas/estagiárias do curso de Psicologia da 7ª fase. A partir desta vivência, podemos salientar a importância da equipe do CRAS diante das problemáticas que o grupo familiar apresenta, atuando no resgate das potencialidades destas famílias.

Palavras-chave: Psicologia Social. Família. CRAS.

Introdução

O presente artigo relata as experiências da Psicologia Social no Centro de Referência da Assistência Social – CRAS na cidade de Braço do Norte, Santa Catarina, e integra a matriz curricular da disciplina de Psicologia Social Comunitária do curso de Psicologia do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE. No presente estudo acompanhamos o serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos.

As políticas públicas de Assistência Social entre o começo da década de 1980 até a consolidação da Constituição Federal de 1988 avançaram o reconhecimento enquanto política social, categoria de assistentes sociais e psicologia social e comunitária que traziam naquele período a preocupação em fazer uma ponte para a promoção social e promover a integração do indivíduo no fortalecimento de vínculos. Assim havendo implementação das SUAS estruturado com proteção social básica (CRAS, SCFV e PAIF) e proteção social especial (FIN MOTTA; GOMES DE CASTRO; PIZZINATO, 2015).

O CREAS é uma unidade pública que tem atendimento continuado para famílias e indivíduos que estejam sob ameaça ou violação de direitos (Violência sexual, física, psicológica, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas, citações de risco pessoal e social por uso de drogas, etc) (RIBEIRO, 2014).

O CRAS - Centro de Referência de Assistência Social tem como objetivo prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades, destinado à população em situação de vulnerabilidade social, em decorrência da pobreza, privação, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos relacionais (CREPOP, 2008).

O CRAS desenvolve ações de inserção de famílias através de acolhimento e recepção, escuta e encaminhamento, grupos diversos (crianças, adolescentes, adultos e idosos), oficinas de geração de renda. Os indivíduos vinculados ao CRAS são as famílias em situação de vulnerabilidade e beneficiários do bolsa família, programa que foi criado para o propósito de auxiliar famílias carentes e que tenham dificuldades de garantir seus direitos básicos, como por exemplo: alimentação, acesso à educação e saúde (BRASIL, 2004).

Nos serviços oferecidos, existe o SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) que é um serviço realizado com grupos, organizado de modo a prevenir as situações de risco social, ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos e incentivar a socialização e a convivência comunitária (BRASIL, 2004).

O Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) oferta ações sócio assistenciais de prestação continuada, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária (SCISLESKI; GONÇALVES, 2015).

O PAIF é reconhecido, pela PNAS, como parte integrante da proteção básica, devendo ter a mesma nomenclatura em todo o país e significado semelhante para a população em qualquer território da federação. Deve ser obrigatoriamente desenvolvido no CRAS (BRASIL, 2004).

As ações do PAIF potencializam a família como unidade de referência, fortalecem os vínculos internos e externos de solidariedade, por meio do desenvolvimento do convívio, socialização, autonomia e protagonismo das famílias,

bem como pelo desenvolvimento de projetos coletivos e pela promoção do acesso a programas de transferência de renda, benefícios assistenciais e aos demais serviços sócio assistenciais e setoriais (BRASIL, 2004).

A justificativa deste estudo é analisar as vivências, conhecer a rotina e principalmente contribuir para que os objetivos do CRAS sejam efetivados, nesta pesquisa realizamos acompanhamento psicossocial com famílias que frequentam o CRAS.

Psicologia Social e Políticas Públicas de Assistência Social

Desde os anos 1930 o psicólogo auxiliava o Juízo de Menores nas funções de abrigar e distribuir crianças que necessitavam de proteção e assistência, em particular infância pobre, usando de instrumentos que poderiam indicar as causas do “desvio do menor”. A averiguação psicológica procurava investigar o nível intelectual e a existência de distúrbios psíquicos nas crianças: era realizada por meio de testes e objetivava classificar, para resgatar o “desviante” e incluindo-o à norma. O pensamento psicológico estava centrado no indivíduo, desconsiderando os aspectos sociais que constituíam seu dito “desvio” comprovou a exclusão de crianças e jovens carentes (OLIVEIRA, 2001).

Pode-se aplicar a Psicologia onde existem pessoas e, assim, relações humanas. A realidade vivenciada das relações humanas e o campo social podem abranger e promover a partir da relação dialética da objetividade e subjetividade havendo a prática desta ciência psicológica, permitindo um olhar diferenciado e capacitado sobre problemáticas psicossociais (JACQUES, 2014).

A junção do reconhecimento da capacidade do indivíduo e da própria comunidade de serem responsáveis e na construção de suas vidas e no processo de saúde e doença. Assim, faz-se necessário ao psicólogo e aos demais agentes da saúde pública a percepção da existência de certos processos de facilitação social baseados na ação local e na conscientização das comunidades sobre os principais problemas que as assolam (SILVEIRA; DIAS, 2016).

Políticas sociais recentes como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) vêm gerando importantes campos de trabalho para os psicólogos em todo o país. Perez (2005), afirma que existe uma correlação direta entre as vagas para tais profissionais em concursos públicos e o processo de

democratização do país, o que evidencia a importância da Psicologia nas políticas públicas.

Lane (1985) afirma que a Psicologia Social estuda a relação entre o indivíduo e a sociedade, entendida historicamente, desde como seus membros se organizam para garantir sua sobrevivência até seus costumes, valores e instituições necessários para continuidade da sociedade.

Nesse contexto, a Psicologia Comunitária surge de uma ramificação da Psicologia Social, em 1965, no âmbito da Conferência de Swampscott, em Boston – EUA (Ornelas, 1997), confirmando que o indivíduo é uma realidade social, histórica e cultural (GÓIS, 1988, 1993).

De acordo com Bernardes (1998), a realidade atual se mostra diferente, a Psicologia Social apresenta-se contextualizada, histórica, preocupada com a cultura e valores brasileiros e latino-americanos.

A partir da Constituição, em 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no 8.742, que regulamenta esse aspecto da Constituição e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos (BRASIL, 2005).

Esse arcabouço legal vem sendo aprimorado desde 2003, a partir da definição do governo de estabelecer uma rede de proteção e promoção social, de modo a cumprir as determinações legais. Dentre as iniciativas, destacamos a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005, conforme determinações da LOAS e da Política Nacional de Assistência Social. É o mecanismo que permite interromper a fragmentação que até então marcou os programas do setor e instituir, efetivamente, as políticas públicas da área e a transformação efetiva da assistência em direito (BRASIL, 2004).

O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é uma das políticas públicas que surgiram com a ampliação dos direitos sociais presentes na Constituição de 1988 e visa garantir direitos de cidadania com a proposta de superação do assistencialismo e organiza os serviços em: acolhida na rede de serviços e provimento das necessidades humanas, supervivência que seria renda e autonomia, contato familiar, comunitário e social; desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; e sobrevivência a riscos particularizais . (ALMEIDA & RIZZOTTI, 2011).

Nesse sentido, destacam-se como principais funções da gestão territorial da proteção básica, de acordo com FREITAS (2012), a gestão territorial da proteção

básica deverá responder ao princípio de descentralização do SUAS e tem por objetivos: promover a atuação preventiva, disponibilizar serviços próximo do local de moradia das famílias, racionalizar as ofertas e garantir os serviços do CRAS, tornando a principal unidade pública de proteção básica uma referência para a população local e para os serviços setoriais. Dentre as ações de gestão territorial da proteção social básica, destacam-se: articulação da rede sócio assistencial de proteção social básica referenciada ao CRAS; promoção da articulação Inter setorial; busca ativa; Programa de Atenção Integral à Família.

O SUAS é um sistema público não contributivo e regula em todo o território nacional os serviços, programas e benefícios sócio assistenciais a serem prestados em rede, conforme o porte de municípios e a complexidade dos seus serviços (Lei Nº 12.435 de 2011).

O SUAS oferece dois tipos de Proteção: a Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) faz parte do serviço de PSB do SUAS e atua com pessoas e famílias beneficiárias do programa Bolsa Família ou em situações de vulnerabilidade, e tem por objetivo a prevenção de ocorrências de situações de riscos sociais, através do monitoramento e desenvolvimento das famílias e utiliza de atividades que favoreçam o fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, acrescentando assim o acesso aos direitos da cidadania (PEREIRA; GUARESCHI, 2017).

Este programa oferta provisões sociais que atendam as demandas sócio assistenciais apresentadas na perspectiva de assegurar proteção social, além de monitorar os processos sociais geradores das exclusões, das desigualdades, das vulnerabilidades e dos riscos, bem como defender os direitos sócio assistenciais (BRASIL, 2004).

O SUAS propõe centralidade do atendimento na família, padroniza os serviços da PSB e PSE, articula as políticas sociais e econômicas, estrutura os serviços por níveis de complexidade em resposta às necessidades sociais e assegura especificidade para a política de assistência social (BRASIL, 2004).

Objetivo do PSE é contribuir para a construção/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Na organização das ações de PSE é preciso entender que o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural pode incidir

sobre as relações familiares, comunitárias e sociais, gerando conflitos, tensões e rupturas, demandando, assim, trabalho social especializado (BRASIL, 2004).

Segundo a PNAS (2004), a proteção social especial é:

(...) uma modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (PNAS, 2004, p.28).

A proteção social básica ocupa-se das ações de vigilância social, prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Casos notadamente complexos, que implicam violação de direitos (violência e abuso sexual, exploração do trabalho infantil, pessoas em situação de rua etc.) são encaminhados aos serviços e programas, correspondentes à Proteção Social Especial (PNAS, 2004).

De acordo com a PNAS (2004), a proteção social básica tem como objetivos:

(...)prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e 16 de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (PNAS, 2004, p.27).

O SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) é um serviço efetuado com grupos, organizado de modo a prevenir as situações de risco social, amplificar trocas culturais e de vivências, desenvolver os sentimentos e identidade, fortalecer vínculos e instigar a socialização e a convivência comunitária. Traçada na defesa dos direitos e exaltando as potencialidades de cada indivíduo, alertando situações de vulnerabilidade social (GOTER; CORREIA; CAMPOS, 2016).

O SCFV, por sua vez, pode ser ofertado no CRAS, quando isso não suscitar concorrência do espaço físico com as atividades do PAIF, ou nos Centros de Convivência. Estes podem ser unidades públicas e/ou entidades ou organizações de assistência social. Quando o SCFV é executado no próprio CRAS ou em Centros de Convivência da Administração Pública, diz-se que a execução do serviço é direta; quando são os Centros de Convivência vinculados a entidades ou organizações de

assistência social que ofertam o serviço, diz-se que a sua execução é indireta (MDS, 2015).

O SCFV possui um caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Deve ser ofertado de modo a garantir as seguranças de acolhida e de convívio familiar e comunitário, além de estimular o desenvolvimento da autonomia dos usuários (BRASIL, 2004)

Os usuários do SCFV são divididos em grupos a partir de faixas etárias. O trabalho nos grupos é organizado de forma a estimular as trocas culturais e a partilha de vivências, desenvolverem o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer os vínculos familiares, sempre sob a perspectiva de incentivar a socialização e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

De acordo com Botarelli (2008), os psicólogos estão atuando cada vez mais em políticas públicas, já que em 2005 foi consolidada sua participação no corpo técnico da equipe dos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS (MDS 2009). Desta maneira, o presente trabalho justifica-se pela recente conquista de espaço institucional da atuação do psicólogo no SUAS/ CRAS, haja visto que, apesar dessa abertura, os processos formativos desses profissionais não os preparam de modo irrestrito para esse trabalho, pois não há referenciais teórico-metodológicos específicos capazes de suprir os afazeres do profissional nesse campo, devido à implantação do SUAS ser muito recente, bem como o fato de não se buscar, nas produções psicológicas já existentes, a base teórica e metodológica para o desenvolvimento das atividades, como a já desenvolvida pela Psicologia Social Comunitária.

Batista e Matos (2008) apresentam o surgimento da assistência social, colocada ao lado da saúde e da previdência, formando o Tripé da Seguridade Social, possibilitando em 1993 a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (1993), que a torna, no Brasil, um direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

Yamamoto (2007), explica que a inserção do psicólogo nos CRAS vem a ser uma constante evolução transformadora na sua forma de atuar, desde a regulamentação da profissão no ano de 1962 que consegue afastar-se de um trabalho meramente clínico e elitizado para um trabalho que visa o social e o comunitário.

Para Trindade e Teixeira (1998), a inserção do psicólogo na atenção primária, como é o caso dos CRAS, é um importante ponto de partida para o desenvolvimento das comunidades, pois é através do bem-estar dos sujeitos e dos grupos sociais que se pode construir a autonomia destes, proporcionando sua inserção na sociedade de forma digna.

Observa-se que o trabalho deste profissional para um âmbito mais social vai se construindo aos poucos, a própria terminologia usada para designar esta atuação é alterada com o passar do tempo (ANGELIM, 2002).

Freitas (1998), mostra que a terminologia “psicologia na comunidade” evoluiu para “psicologia da comunidade” e posteriormente para “psicologia (social) comunitária”, pois no seu início o país vivia em um momento de crise, com modelos importados e alheios à realidade brasileira.

Ao entrar na comunidade, o psicólogo deve estar ciente que lidará com um sujeito concreto, inserido numa realidade sócio-histórica-cultural, tendo no cotidiano seu espaço vital, portanto, opta-se por se pensar em uma metodologia cujos objetivos são definidos posteriores e o trabalho pensado e formulado juntamente com a população (FREITAS, 1998).

A Psicologia possui relação direta com os trabalhos visados e executados pelo CRAS, que atua com grupos, famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, e visa o direito à proteção social, garantindo a segurança de sobrevivência, de acolhida, e do convívio ou vivência familiar (BRASIL, 2004).

Portanto, a Psicologia Social Comunitária acolhe, também, como público, o sujeito singular e a vulnerabilidade no contexto social em que está inserido, seus recursos simbólicos e afetivos, bem como a disponibilidade para se transformar e dar conta de suas atribuições, público este acolhido pelo SUAS/CRAS (BRASIL, 2004).

Procedimentos Metodológicos

O estudo foi na forma de relato de experiência, realizado, por acadêmicas/estagiarias do curso de Psicologia da 7ª fase durante a realização do Estágio Obrigatório no campo social, com a supervisão e acompanhamento do professor responsável. Os objetivos do estágio foram preconizados pelo CRAS, observando-se aspectos pessoais e motivacionais de famílias que frequentam o CRAS para intervenções, bem como a elaboração de projetos que atendessem as necessidades.

O local do estudo foi o Centro de Referência de Assistência Social de Braço do Norte SC. O CRAS é composto por uma coordenadora, psicóloga e assistente social, esta equipe prioriza o trabalho de prevenção das famílias com maior vulnerabilidade, também conta com as pedagogas na equipe e com os usuários de diversas faixas etárias. A população do estudo foram famílias que são acompanhadas pelo CRAS e que participam de alguma atividade sócio educativa pelo menos uma vez por semana.

Resultados e Discussão

Devido está crescente demanda, esse novo campo apresenta alguns problemas urgentes e emergentes, que necessitam ser superados e revistos, pois cada vez mais estagiários e profissionais procuram atuar no campo social comunitário (BOSCHETTI, 2006).

As atividades sócio educativas ocorreram nos meses de março até julho de 2017, na cidade de Braço do Norte SC. Um dos objetivos do estágio, foi relatar vivências de famílias por meio do serviço de atendimento integral as famílias (PAIF), sendo um dos serviços ofertados pelo CRAS.

A Psicologia vem a ser uma ciência comprometida com a realidade estudada, especialmente com os excluídos (SAWAIA, 1998).

Gobbi et al. (2004) afirmam que este processo se inicia com a inserção efetiva do psicólogo na comunidade, cujo início baseia-se na construção de um vínculo, configurado por uma parceria, na qual comunidade e interventor têm igualdade de importância no processo.

As observações e intervenções realizadas no CRAS de Braço do Norte, constatamos que através desses múltiplos modos de atuação, as famílias que eram beneficiadas com o programa PAIF buscavam uma melhor convivência familiar e nos encontros eram firmados compromisso para este fortalecimento dos vínculos familiares, como na Conferência Municipal de Assistência Social, onde os usuários do CRAS participaram de forma ativa.

Nas visitas domiciliares podemos frisar a necessidade que essas famílias têm de um acompanhamento contínuo e de como essas são carentes de atenção.

As psicólogas e assistentes sociais trabalham em conjunto através de visitar as famílias e na produção de relatórios com suas percepções sobre o que é demonstrado nos encontros. Assim estabelecendo demanda e fornecendo todos os serviços necessários para o bem-estar social destes usuários (DA SILVA; RIZZOTTI, 2011).

Este trabalho pode possibilitar a redução e a probabilidade das condições de uma vida sem o básico para o bem estar e socialização do indivíduo. Onde o CRAS foca nessas necessidades tanto burocrática, como de preservação ou fortalecimento de vínculos familiares para um bem social.

Portanto, cabe ao profissional de psicologia auxiliar e colaborar com a comunidade, buscando, juntamente com os usuários, estabelecer os objetivos prioritários, visando desde o início à participação destes, pois são eles os sujeitos capazes de colocar em prática ações que possibilitem a melhoria de seu bem estar psicossocial (SILVA; CORGOZINHO, 2011).

Considerações Finais

No decorrer deste meses de estagio ocorreram conversações, reflexões e trocas de experiências com a participação da equipe de trabalho do CRAS, famílias atendidas e estagiarias.

A partir desta vivência, podemos salientar a importância da equipe do CRAS diante das problemáticas que o grupo familiar apresenta, atuando no resgate das potencialidades destas famílias.

Percebemos que o PAIF é o serviço prioritário do CRAS dentro das diretrizes da Proteção Social Básica, pois tem como principal foco de ação o trabalho com famílias, bem como ao território de atuação, o CRAS por meio do PAIF e dos Serviços de Convivência.

Na equipe do CRAS de braço do Norte SC fica evidente a união do psicólogo com a assistente social na melhoria e aprimoramento de seus serviços. As estratégias utilizadas estão dentro da tipificação das Políticas da Assistência Social.

Consideramos que a equipe de trabalho do CRAS de Braço do Norte consegue atingir os objetivos do CRAS, pois existe o fortalecimento do vínculos familiares e muitas famílias conseguem se emancipar socialmente.

Referências

ALAGOAS. Governo do Estado de Alagoas. **Qual a importância do Cras para a proteção social e para as famílias**. 2016.

ANGELIM, Cláudio Fontenelle. Assistência Social: uma questão de Cidadania. **Revista de Humanidades**, v. 17, n. 1, 2010.

BATISTA, M. H; MATOS, T. G. R. Centro de Referência da Assistência Social-CRAS: uma proposta libertadora ou Assistencialista? [Resumo]. In 9 Congresso Internacional de Psicologia Social de La Liberación (pp. 1-10). San Cristobal de Las Casas. 2008.

BOSCHETTI, Ivonete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres / Editora UnB.2006.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social; **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)** 2004.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP) **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS / Conselho Federal de Psicologia (CFP)**. Brasília, CFP, 2007.

COSTA, Ana Flávia de Sales; CARDOSO, Claudia Lins. **Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social-CRAS**. Revista Interinstitucional de Psicologia, Minas Gerais: v. 3, n. 2, p. 223-229, 2010.

DA SILVA, Andréia Cristina; RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. **Seguranças sociais na política de assistência social: Um caminho em construção**. 2011.

FAÉ, Rogério. The genealogy on Foucault. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 3, p. 409-416, 2004.

FIN MOTTA, Roberta; GOMES DE CASTRO, Thiago; PIZZINATO, Adolfo. A psicologia nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS): um panorama das publicações científicas brasileiras de 2004 a 2014. **Liberabit**, v. 21, n. 2, p. 341-348, 2015.

FREIRE DE ANDRADE, Laura; CARVALHO ROMAGNOLIS, Roberta. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicologia ciência e profissão**, v. 30, n. 3, 2010.

FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli; DE PAULA, Selma Ramalho; MARTINS, Ana Paula. Bolsa Família em Florianópolis, **Rev. Gestão e gênero**.2012

GOTER, Alessandra Aparecida; CORREIA, Francine Nunes; CAMPOS, Audrilara Arruda Rodrigues. Desafios para efetivação do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos–scfv identificados após estágio no centro de referência de assistência social–CRAS. **Revista UNIPLAC**, v. 4, n. 1, 2016.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Editora Vozes Limitada, 2014.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, 2007.

OLIVEIRA, L. de A. O laboratório de biologia infantil: discurso científico e assistência no Juizado de menores. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CERREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-Psyché ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: RelumeDumará/FAPERJ, 2001.

PEREIRA, ViniciusTonollier; GUARESCHI, Pedrinho A. THE PSYCHOLOGY AT CRAS: A STUDY OF THE SOCIAL REPRESENTATIONS. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

RIBEIRO, Adriana Barbosa et al. Psychologist's working challenges in creas in Rio Grande do Norte. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 461-478, 2014.

SCISLESKI, Andréa Cristina Coelho; GONÇALVES, Hebe Signorini; DA CRUZ, Lilian Rodrigues. As práticas da Psicologia nas políticas públicas de assistência social, segurança pública e juventude. **Revista de Ciências Humanas**, v. 49, n. 2, p. 60-74, 2015.

SILVEIRA, Katia Gregório Bittencourt; DIAS, Maria Sara de Lima. As categorias da psicologia social comunitária como dispositivo para a construção das práticas no SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 07-13, 2016. acesso 17abril2017

VILARES DA SILVA, Janaína; PINTO CORGOZINHO, Juliana. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2011.

UM OLHAR DIFERENCIADO: FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO CRAS DE GRAVATAL.

Bruna Thaynan de Oliveira¹; Jozilaine Zomer Loch²; Leticia Rodrigues Zanete³.

¹Psicologia. UNIBAVE. bru_gravatal@hotmail.com

²Psicologia. UNIBAVE. laninhaa72@hotmail.com

³Psicóloga. lezanete@hotmail.com

Resumo: Dentre os campos da Psicologia, está a Psicologia Social Comunitária e a Psicologia Social, que trabalham os fenômenos sociais voltados às comunidades e as pessoas em que nelas vivem, tornando-se notório a importância das políticas públicas dentro desse campo da psicologia devido a suas problemáticas. O CRAS está no âmbito das políticas públicas da Assistência Social, com suas atribuições de fortalecer vínculos e prevenir situações de vulnerabilidade. O artigo tem como intuito mostrar o papel da psicologia social no CRAS da cidade de Gravatal em Santa Catarina, propondo intervenções nos serviços ofertados, por meio do serviço de Proteção e Atendimento integral as famílias – PAIF.

Palavras-chave: Psicologia Social Comunitária. CRAS. Vulnerabilidade. Políticas Públicas.

Introdução

O referente artigo tem como objetivo relatar as experiências vividas no Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, da cidade de Gravatal em Santa Catarina, da disciplina Psicologia Social Comunitária da 7ª do curso de Psicologia, cursado no Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE.

Foram realizadas 80 horas de estágio de observação e intervenção, descrevendo vivências em um dos serviços de proteção básica, foi escolhido o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, onde há acolhimento para pessoas em situação de vulnerabilidade social, assim trazendo o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, para a população com ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros.

Dentre as políticas públicas, encontra-se o SUAS (Sistema Único de Assistência Social), dentro do SUAS existem dois tipos de proteção, sendo elas proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE), o CRAS faz parte do PSB, sendo responsável pela oferta de ações contínuas de proteção social básica e de Assistência Social às famílias, grupos e indivíduos em vulnerabilidade social, sendo

oferecidos vários serviços (SILVA; CORGOZINHO, 2011), e o CREAS (Referência Especializado de Assistência Social) fazendo parte do PSE (Proteção Social Especial).

O CRAS de Gravatal é composto por uma coordenadora, uma psicóloga e uma assistente social, trabalham com prevenção das famílias com maior vulnerabilidade, também conta com os serviços ofertados pelo Programa de Atenção Integral à Família, (PAIF) e serviço de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV). Gravatal conta com alguns projetos como o “Espaço do Ser”, um serviço ofertado pelo CRAS, fazendo parte do SCFV, onde acolhem crianças que se enquadram nas demandas do serviço. Acontecem reuniões, assim a realização de vivências e intervenções, conta também com a realização de visitas às famílias, vivenciando a necessidade de um acompanhamento psicossocial às famílias necessitadas, principalmente a importância do CRAS para auxiliar essas famílias.

Um dos objetivos do estágio é relatar vivências por meio do serviço de proteção e atendimento integral às famílias (PAIF), sendo um dos serviços ofertados pelo CRAS. O estágio, portanto, demonstra a importância do Psicólogo dentro desses campos, relatando as vivências ao longo dos trabalhos de observações, pondo em prática os aprendizados teóricos.

Procedimentos Metodológicos

O presente artigo trata-se de um estudo realizado por acadêmicas da 8ª fase do curso de psicologia, de uma das grades, sendo essa Estágio Obrigatório no campo sócio educacional, com supervisão do professor responsável pelo campo do social. Sendo realizado na forma de observações, vivências e relatos de experiência.

O local de estudo foi o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS de Gravatal SC. A população de estudo foram famílias que apresentavam situação de vulnerabilidade social, buscando o não rompimento de vínculos familiares, que frequentam o CRAS da cidade de Gravatal, fazendo parte do PAIF e SCFV.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos serão contextualizados neste momento, através de relatos das atividades sócio educativas, trazendo a importância da busca ativa nos serviços ofertados pelo equipamento CRAS.

A busca ativa é ir à procura de indivíduos com o fim de uma “identificação sintomática”, principalmente das doenças e agravos de notificação compulsória, é um procedimento de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (BRASIL, 2009).

As atividades sócias educativas foram realizadas no CRAS de Gravatal, as estagiárias tiveram contato com os serviços que o CRAS oferece para as famílias, por meio da busca ativa e das visitas domiciliares. Nos primeiros dias, ajudamos a psicóloga a organizar as pastas do PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família), vendo as famílias que estavam ainda participando do programa, depois começamos a organizar as pastas do programa Espaço Do Ser. A psicóloga faz os procedimentos e os encaminhamentos necessários para cada caso abordado, após as visitas acontecia uma roda de conversa sobre os casos, com conversações, reflexões e também trocas de experiências.

A visita domiciliar é utilizada para compreender a realidade do grupo familiar, suas necessidades e potencialidades, fortalecer os vínculos familiares e comunitários, com ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiares e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para um e outro (DELFINI, 2009).

Nesse sentido, Sampaio et al. (2014) afirmam que ao realizar uma roda de conversa, constroem-se novas possibilidades, os participantes se abrem ao pensar, em um movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar.

A atividade essencial do CRAS é o Acompanhamento Psicossocial, partindo de um acolhimento, seguido de monitoramento e seus desdobramentos (orientação, encaminhamentos, cadastro em programas sociais, visitas domiciliares), centralizado no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (OLIVEIRA et al., 2011).

Na busca ativa que participamos com as técnicas do CRAS nos deparamos com situações de extrema vulnerabilidade social, marcada por condições precárias de moradia e higiene.

Costa e Cardoso (2010), afirmam que o serviço ofertado pelo CRAS oferece garantia dos direitos dos usuários, além dos benefícios já existentes, atendimentos de Psicologia e Assistência Social de caráter preventivo, visando à diminuição das

vulnerabilidades sociais, das relações de subalternidade e da dependência dos benefícios eventuais e de transferência de renda.

As estagiárias vivenciaram vários casos dos quais participaram de seu desdobramento. Como no dia que realizamos uma Busca Ativa em uma residência onde todos os moradores eram portadores de deficiência, sendo ela física ou mental, onde já se tinha acompanhamento do CRAS há anos. Na visita, a psicóloga conversou com a mãe da família, fazendo anotações do que a família estava precisando, que seria uma vaga na APAE para a filha mais nova, que recentemente foi diagnosticada com deficiência mental. A família também precisava de auxílio financeiro do governo, sendo assim, a psicóloga fez os encaminhamentos necessários e a família continua sendo acompanhada.

O psicólogo atua como facilitador dos relacionamentos, favorecendo a convivência e a troca de experiências e ações concretas de solidariedade. As dificuldades e as potencialidades são trabalhadas em conjunto (FREIRE; CARVALHO, 2010).

Segundo Costa e Cardoso (2010), o psicólogo atua na identificação e prevenção dos riscos e vulnerabilidades sociais, oferecendo uma escuta qualificada, a qual colabora para transformar os entraves nos desenvolvimentos psicológicos e sociais em problematizações das experiências cotidianas, tendo o caráter preventivo, e não curativo. O diálogo conduz à busca de soluções concretas e criativas para os problemas gerados pela exclusão social e por toda a precariedade da vida humana causada por ela.

Além da Busca ativa as estagiárias realizaram visitas ao Espaço do Ser, onde acolhem 20 crianças no horário matutino e 21 no vespertino, com idades de 7 a 13 anos, conta com dois orientadores sociais e oficinairos, o atendimento psicossocial, o público seria as famílias do PAIF.

O PAIF realiza trabalhos sociais com as famílias, com finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (MDS, 2015).

Segundo Pimenta e Lima (2005), o estágio se concebe comum campo de conhecimento, o que significa atribuir-lhe um estatuto epistemológico que supera sua tradicional redução à atividade prática instrumental. Enquanto campo de

conhecimento, o estágio se produz na interação dos cursos de formação com o campo social no qual se desenvolvem as práticas educativas.

Considerações Finais

O estágio foi realizado no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS da cidade de Gravatal, em que as estagiárias tiveram contato com os serviços ofertados pelo CRAS. Foram realizadas visitas domiciliares, que possibilitaram vislumbrar a importância do psicólogo dentro do campo social, juntamente com os outros profissionais.

Também foram encontradas dificuldades ao longo dos percursos, devido à troca de gestão no município, onde os serviços ficaram parados e as famílias sem auxílio do CRAS.

O estágio foi de suma importância para nosso conhecimento, como forma de experiência, colocando os aprendizados teóricos na prática, levando como uma grande experiência na área social, sendo capacitadas a entender um pouco mais sobre a política da assistência social.

Referências

ANDRADE, Laura Freire de; ROMAGNOLIS, Roberta Carvalho. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, p. , set. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24 abr. 2017.

BRASIL Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Desenvolvimento Social. 2015**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2017.

COSTA, Ana Flávia de Sales; CARDOSO, Claudia Lins. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social-CRAS. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 223-229, 2010.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1483-1492, 2009.

PIMENTA, Selma Garrido; LIMA, Maria Socorro Lucena. Estágio e docência: diferentes concepções. **Revista Poíesis**, v. 3, n. 3, p. 5-24, 2005.

SAMPAIO, Juliana et al . Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)**, otucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014 .

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. **Atuação do psicólogo, suas/cras e psicologia social comunitária: possíveis articulações.** **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), 12-21, 2011, p. 19. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/viewFile/3351/2006>>. Acesso em 24 abr. 2017.
