



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

NESTA EDIÇÃO

Adolescentes primigestas

Parasitologia

Síndrome de burnout

Metabolismo de crianças

Pós-operatório imediato

Depressão na adolescência

Qualidade da água

Cirrose hepática

Controle glicêmico

Hipertensão masculina

Distanásia

Distúrbios
osteomusculares

Ética e fisioterapia

Avaliação postural

Libras

Assistência ao surdo

ISSN: 1519-0870

João Pessoa, 2015

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da Costa
Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte - MG

Dr. Luciano Augusto de Araújo
Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues de
Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de
Miranda Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal - RN

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor

Dr. Carlos Bezerra de Lima

FIP – Patos – PB

Contatos

www.temasemsaude.com

contato@temasemsaude.com



Editorial

Dilemas atuais da educação

Em épocas remotas na sociedade brasileira estudar era privilégio de poucos, alguns conseguiam aprender a assinar seu nome e fazer pequenas leituras de fácil compreensão e havia muitos analfabetos na grande massa da população. As instituições de educação estavam nos grandes centros urbanos, apesar da educação ser tida como a base da sociedade, garantia dos destinos e defesa da nação, cabendo à instituição formal de ensino a responsabilidade pela continuidade da cultura, pela construção e contínua reconstrução do conhecimento científico, bem como sua aplicação no âmbito dos contextos sociais, especialmente os regionais e o nacional.

A educação caracteriza-se atualmente como uma missão a ser realizada nos espaços da sala de aula e tem como protagonistas alunos e professores, uma prática eivada de fatores positivos e negativos. Os positivos instigam à reflexão acerca da importância da educação, seu papel decisivo na formação da cidadã e do cidadão, na construção do profissionalismo como forma de garantir um lugar no mercado de trabalho, um emprego e a realização pessoal. Assim, os sistemas públicos e privados de educação foram ampliados, saindo dos grandes centros para a periferia urbana e rural, oferecendo uma infinidade de alternativas de ensino em todos os níveis e modalidades de educação, formando e qualificando profissionais nas mais diversas áreas do conhecimento. Porém, os negativos contribuem para o desenvolvimento de comportamentos inversos aos da educação. Ao contrário, levam principalmente os jovens a seguir por caminhos de facilidades, instituindo e ampliando cada vez mais práticas prejudiciais à convivência social e fortalecendo a violência, gerando impunidade, corrompendo instituições, tumultuando e comprometendo a convivência social saudável.

O processo de educação desenvolve-se em meio a conflitos comportamentais entre alunos e professores. De um lado o professor é o principal responsável pelo ensino e aprendizagem em sala de aula, planejando e desenvolvendo ações voltadas para a formação dos discentes, do outro, poucos alunos têm interesse em apreender aquilo que o professor apresenta. Falta motivação, interesse e participação. Ao contrário do instituído formalmente, a sala de aula vem se transformando em um ambiente estressante para professores e alunos que querem aprender. O grande desafio que se coloca é garantir o alcance das metas educacionais. Do contrário, estaremos promovendo os fatores negativos, que arremessam o processo de aprendizagem para baixo, resultando na formação de profissionais medíocres, com dificuldades para ingresso no mercado de trabalho e para atender às demandas da sociedade.

Carlos Bezerra de Lima Júnior



Editorial

Temas em Saúde

Índice

Editorial	4
Artigos	5
Análise do conhecimento de adolescentes primigestas sobre o trabalho de parto.....	5
Análise parasitológica de folhas de alface comercializada em supermercados e feira livre na cidade de São José do Egito - PE.....	26
Síndrome de burnout: incidência em um hospital público.....	38
Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças.....	55
Assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato.....	79
Avaliação da assistência de enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão.....	97
Avaliação da qualidade da água do rio piranhas na cidade de São Bento-PB por parâmetros físicos, químicos e microbiológicos.....	118
Avaliação do controle glicêmico em pacientes com <i>diabetes mellitus</i>	128
Caracterização do homem hipertenso assistido na atenção básica na cidade de Cajazeiras – PB.....	145
Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista.....	158
Prevalência de distúrbios osteomusculares auto-referidos por enfermeiros de um serviço hospitalar.....	184
A comunicação entre fisioterapeuta e paciente: Um processo em construção.....	207
Avaliação postural em bailarinas.....	231
A língua brasileira de sinais na formação do profissional como garantia de acesso do surdo aos serviços de saúde.....	255
Assistência de enfermagem a pacientes vítimas do alcoolismo com cirrose hepática.....	282
Dificuldades relatadas por enfermeiros na assistência à pessoa com surdez.....	302
Importância da realização do exame citopatológico e sua periodicidade.....	321



Artigo

Análise do conhecimento de adolescentes primigestas sobre o trabalho de parto

Analyze the knowledge of primiparous adolescents on labor

Karla Roberta Mirtys Dantas de Albuquerque¹

Erica Surama Ribeiro César Alves²

Sheila da Costa Rodrigues Granjeiro³

Jamili Anbar Torquato⁴

Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues⁵

RESUMO – O parto é um evento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez sendo que a experiência deste momento marca profundamente a vida da adolescente primigesta, seja por sentimentos positivos ou negativos. O estudo foi do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantiquantitativa que objetivou investigar o conhecimento das adolescentes primigestas sobre o trabalho de parto. A amostra foi composta por 20 adolescentes primigestas que se encontravam internadas no alojamento conjunto da Maternidade Peregrino Filho Patos-PB logo após o parto. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista elaborado pela própria pesquisadora. Obteve aprovação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, seguindo as recomendações da resolução 196/96. Os dados foram coletados nos meses de Abril e Maio de 2013. No grupo pesquisado a faixa etária variou de 17 a 19 anos, 50% eram solteiras, a maioria possuíam ensino fundamental incompleto e tinham uma renda mensal de menos de um salário mínimo. Em relação à via do parto 65% revelaram que foi normal, houve o desejo de engravidar e de uma forma geral as adolescentes tinham o conhecimento sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto. Considerando a proposta para essa pesquisa, pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, no entanto, é importante considerar as limitações do estudo, assim como possibilidades para futuras pesquisas.

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos- (FIP).

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família. Coordenadora de Estágio Supervisionado das Faculdades Integradas de Patos- PB.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-PB.

⁴ Doutora em Patologia da Universidade de São Paulo, professora titular da Universidade Cruzeiro do Sul.

⁵ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos- PB. Orientadora deste estudo.



UNITERMOS: Adolescentes. Primigestas. Trabalho de Parto.

ABSTRACT – The Childbirth is an event that brings a lot of expectations from the beginning of pregnancy and the experience of this moment deeply marks the life of teenage primigravida, either positive or negative feelings. The study was an exploratory descriptive approach with quantitative-that investigated the knowledge of primiparous adolescents about the labor. The sample consisted of 20 primiparous adolescents who were hospitalized in rooming Maternity Peregrino Filho Patos-PB immediately after delivery. The data collection instrument used was an interview guide developed by the researcher. Was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Integrated Patos, following the recommendations of Resolution 196/96. Data were collected in the months of April and May 2013.No researched group the age ranged from 17 to 19 years, 50% were single, most had incomplete primary education and had a monthly income of less than minimum wage. The route of delivery revealed that 65% were normal, there was a desire to get pregnant and in general the teens had the knowledge about the signs and symptoms of labor. Considering the proposal for this research, it can be said that the objectives were achieved, however, it is important to consider the limitations of the study, as well as possibilities for future research.

KEYWORDS: Adolescents; first pregnancy, Labor and Delivery.

INTRODUÇÃO

O parto é repleto de significados, expectativas, receios. Por sua curta duração e imprevisibilidade é considerado um momento crítico a ser enfrentando, muitas vezes sem total controle ou conhecimento de como ocorrerá. Embora seja um processo natural, simultaneamente fisiológico, emocional, mental e social há a necessidade de cuidados, monitoramento e ajuda especial, para que este seja vivenciado sem dor, angústia, medo, isolamento, livre de complicações como distúrbios psicológicos, afetivos, conjugal, constituindo um acontecimento único e fundamental na vida da adolescente (LEVENTHAL, 2006).

Na visão de Zugaib (2008), o trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto da cavidade uterina. Esse momento deve ser cercado por



vários cuidados, que compreendem a atenção e o apoio clínico e psicológico não só á parturiente como também a seus familiares.

Durante o período gestacional, muitos são os acontecimentos que tomam conta das adolescentes primigestas. Além das modificações ocorridas no organismo materno, a mulher passa por uma série de alterações psicológicas, o medo, a ansiedade, a insegurança e o sentimento de desespero são fatores que antecedem a data provável do parto e tendem a intensificar-se quando está é ultrapassada. No final da gestação, o binômio mãe/feto preparam-se para o processo do parto e a mulher toma consciência que a gravidez não é eterna, e que a qualquer momento dará a luz, o que representa o fim de um período gestacional e o começo da vida extra-uterina para o recém-nascido (REIS; BONADIO, 2007).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei Federal nº 8.069/90), estabelece como adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. Entre os 12 e 16 anos, o adolescente é considerado absolutamente incapaz para exercer pessoalmente os atos da vida civil, de acordo com o Código Civil de 2002. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e 19 anos. Fase da vida entre a infância e a idade adulta, é marcada por um processo com sucessivas modificações de crescimento e de desenvolvimento biopsicossocial, em que o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente, quando, muitas vezes, ocorre o início da vida sexual (SILVA et al.,2013).

É importante destacar que a assistência de enfermagem no trabalho de parto vai além da humanização realizada estritamente na transição do parto. A adolescente logo quando chega á maternidade deve ser acolhida de forma humana e explicada sobre os eventos que irão acontecer e ter um profissional ao seu lado para oferecer apoio e esclarecer suas dúvidas. Esta assistência compreende a orientação que foi dada no pré-



natal, onde deve ter sido abordados, situações que podem atrapalhar o curso do parto, caso a adolescente não esteja devidamente preparada, como a respiração inadequada e força exercida para facilitar a saída do bebê (VELHO et al., 2010).

Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: Qual o conhecimento das adolescentes primigestas sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto?

O interesse pela temática surgiu após ter feito estágio supervisionado obstetrícia. Percebeu-se um número elevado de adolescentes grávidas, ao longo do estágio, que as adolescentes primigestas no pré-parto e parto e trabalho de parto despertavam sentimentos de ansiedades, inseguras, tinham medo da dor, desespero. Esse trabalho tem como objetivo geral, investigar o conhecimento das adolescentes primigestas sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, e como objetivos específicos: avaliar as orientações recebidas pelas adolescentes quanto ao trabalho de parto na assistência pré-natal e se as orientações recebidas pelas adolescentes foram benéficas no desenvolvimento do trabalho de parto.

Cientificamente é de grande importância para a academia pelo fato de vir a enriquecer o acervo e assim servir de fonte de pesquisa para futuros trabalhos da mesma área e áreas afins, como também de informação à sociedade em geral.

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se pelo método exploratório descritivo, com delineamento quantiquantitativo. A pesquisa foi realizada na Maternidade Dr. Peregrino Filho, Patos-PB, durante os meses de Abril e Maio de 2013. A amostra foi composta por 20 adolescentes primigestas que estavam presente no alojamento conjunto logo após o parto, na faixa etária 10 á 19 anos conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Como critérios de inclusão para a participação da pesquisa foi determinado que



as adolescentes deveriam ser primigestas, e ter a presença de um responsável para assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Seriam excluídas da pesquisa aquelas adolescentes que fossem Multigestas, ou apresentassem alguma patologia obstétrica. O instrumento para coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por 15 perguntas objetivas e subjetivas, elaborada pela autora, o mesmo foi composto por dados sócio-demográfico, na primeira parte e na segunda parte os dados referentes aos objetivos do estudo, através do qual foi possível adquirir informações importantes para a pesquisa. A pesquisa foi realizada com as adolescentes na presença do responsável, no momento da entrevista houve a explicação acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento tanto para a adolescente como para seu responsável, deixando livre a decisão dos mesmos em participarem ou não da pesquisa, podendo desistir em qualquer fase do estudo. Após o consentimento, a entrevista foi iniciada individualmente, tornando-se evidente á entrevistada que lhe seria assegurado o anonimato e que sua privacidade seria respeitada. Os dados foram analisados quanti-qualitativamente, sendo submetidos à análise estatística simples e disponibilizados através de tabelas e gráficos, com o auxílio do programa Excel Office 2007, onde foram analisados estatisticamente e fundamentado à luz da literatura pertinente. Os dados qualitativos serão utilizados a técnica de análise temática que de acordo com Minayo (2003, p.74)” enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto”. O critério de encerramento da coleta de dados foi a saturação de respostas aos questionamentos da pesquisa. As entrevistas foram fielmente transcritas e receberam códigos de identificação conforme foram realizadas. Portanto, a entrevista com o primeiro sujeito recebeu o código Violeta 1, Margarida 2, Flor do campo 3; Girassol 4;.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1- Caracterização das adolescentes primigestas referentes á faixa etária, estado civil, grau de escolaridade e a renda familiar (=20), Patos-PB.

VARIÁVEL	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
10 a 14 anos	01	5
15 a 16 anos	06	30
17 a 19 anos	13	65
Estado Civil		
Solteira	10	50
Casada	04	20
Estável	06	30
Escolaridade		
Não alfabetizado		
Ensino Fundamental completo	03	15
Ensino Fundamental incompleto	12	60
Ensino Médio Completo	01	5



Ensino Médio incompleto	04	20
-------------------------	----	----

Renda Familiar

Até um salário mínimo	05	25
-----------------------	----	----

Mais de um salário mínimo

Menos de um salário mínimo	15	75
----------------------------	----	----

TOTAL	20	100
--------------	----	-----

Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Os dados expressos na Tabela 1, revelaram que a maioria das participantes da pesquisa, encontravam-se na faixa etária de 17 a 19 anos; solteiras; possuíam o ensino fundamental incompleto; e renda familiar mensal de menos de um salário mínimo.

Um grande número de adolescentes tem vivenciado um processo gestacional, o que pode ser visualizado por meio dos dados referidos pelo Ministério da Saúde (MS) do ano de 2007, em que 21,3% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde foram de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, e a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 nas classes econômicas mais baixas (ENDERLE et al.,2011).

Os dados descritos evidenciam o grande número de mães solteiras acarretando ainda mais problemas no desenvolvimento da gestação, já que não existe a presença do homem no papel de esposo, acompanhando e encorajando a mulher nesse momento da vida, onde ela se encontra tão fragilizada pelas mudanças físicas e hormonais.



Pode-se considerar com esse resultado que a metade das mães não tem o apoio do companheiro na gravidez, portanto não tem com quem compartilhar as suas responsabilidades e dificuldades. Independentemente de sua estrutura e composição, deve-se considerar a presença familiar incluindo paternal na promoção á saúde e cuidados a seus membros (SIMÕES et al.,2003).

Mostrando que a gravidez neste estudo incidiu mais nas adolescentes com o ensino fundamental incompleto, a chance de continuar os estudos é ainda menor se levarmos em consideração a condição sócio-cultural dessas adolescentes, este dado é de grande relevância já que o conhecimento é á base para apreensão das informações, assim fica claro o baixo grau de escolaridade que a maioria das adolescentes possui.

De acordo com Silva, Caetano e Silva (2006), o grau de conhecimento das gestantes dentre outros fatores podem ser considerados importantes uma vez que estes fornecem subsídios aos profissionais de saúde sobre a melhor forma de transmitir as informações no decorrer das consultas de pré-natais.

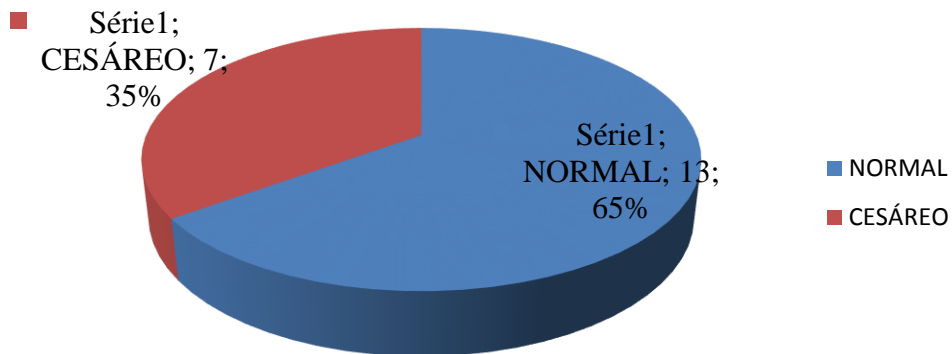
A situação financeira das famílias tem influência para o aumento do número de filhos e adolescentes grávidas, portanto o baixo nível sócio-econômico é um fator agravante da crise vivenciada por adolescentes.

No Brasil, quase 18% das adolescentes do estrato de renda mais baixa são mães, enquanto no estrato de renda acima de cinco salários mínimos essa proporção não chega a 1%. A evasão escolar é também um fato, criando-se um círculo vicioso, pois a adolescente deixa os estudos para cuidar do filho, e o retorno à escola é dificultado, o que leva ao aumento dos riscos de desemprego, à dependência financeira dos familiares, à perpetuação da pobreza e da educação limitada (GUANABENS et al., 2012).



DADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO DA PESQUISA

Gráfico 1-Caracterização das adolescentes primigesta referente a via de parto (n=20), Patos-PB



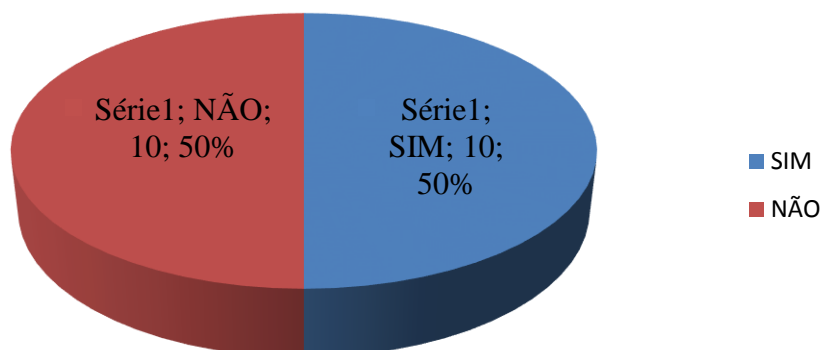
Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Apesar dos altos índices de cesarianas existentes no país, ainda encontra-se mulheres que desponta o parto normal como via de preferência para o nascimento de um filho, esse dado corrobora com nosso estudo onde a maioria das adolescentes tiveram seus filhos pela via de parto normal.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o parto normal é um processo fisiológico, natural, tem início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto. Assim possibilitando a mulher o vínculo mãe-filho seja estabelecido desde o nascimento, favorece a descida do leite e diminui o risco de infecções. A mãe pode ser liberada mais cedo da unidade hospitalar e sofre um trauma menor que aquela submetida ao processo cirúrgico (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).



Gráfico2-Caracterização das adolescentes primigestas segundo o desejo da gravidez (n=20), Patos-PB



Fonte-Pesquisa direta, (2013).

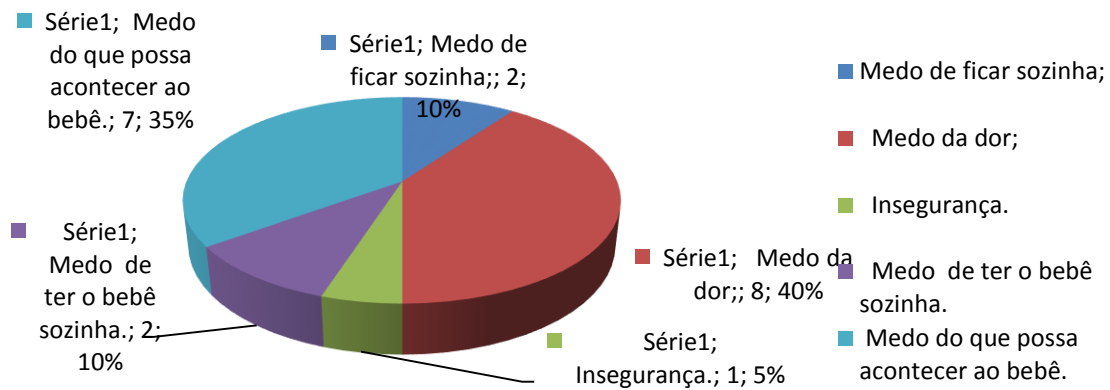
O Gráfico 2 mostra que 50% das entrevistadas relataram que a gestação foi planejada, as taxas mais elevadas de gravidez indesejada estão entre as mulheres que possuem baixa renda familiar o que reflete na necessidade de um melhor acompanhamento dessas mulheres uma vez que a renda familiar interfere diretamente no desenvolvimento da família, pois a mulher ao procurar o serviço para utilizar-se de um método contraceptivo, deixa claro o interesse em adiar ou evitar a chegada dos filhos.

Quando não-planejada pode resultar em sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para alterações no seu projeto de vida futura, assim como na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego e, conseqüentemente, na busca de melhores condições de vida (TACHIBANA et al., 2006).



A gravidez planejada proporciona à futura mãe a possibilidade de realizar todos os exames necessários para se ter uma gestação saudável e segura, além de permitir que todos os cuidados sejam tomados antes de gerar o bebê, menor risco de depressão pós-parto.

Gráfico 3-Caracterização das adolescentes primigestas segundo os sentimentos vividos no pré-parto (n=20), Patos-PB



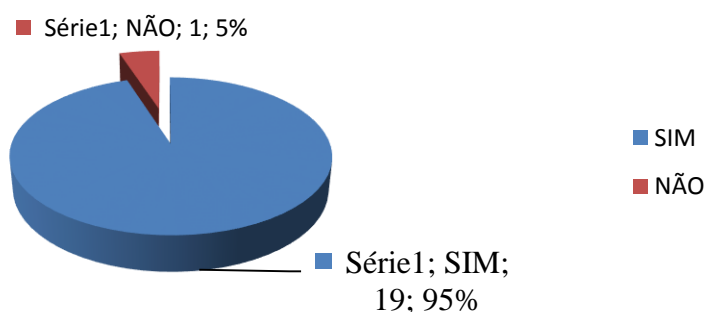
Fonte-Pesquisa direta, (2013).

De acordo com o Gráfico 3, observamos vários sentimentos vividos no pré-parto, pelas adolescentes, podendo constatar que a maioria relataram o medo da dor. Esses sentimentos são bastantes comuns as gestantes, principalmente as primigestas que se encontra fragilizadas por desconhecer o momento do nascimento, é uma experiência nova que gera muitas vezes preocupação e expectativa. Geralmente esse sentimento de dor é repassado por outras pessoas que já vivenciaram o parto normal e descrevem a dor como a vilã do parto.



Segundo Bezerra (2006), A sensação do medo da dor referida pela parturiente deve ser respeitada de acordo com seus limites, pois, para a maioria das mulheres, o parto é sinônimo de dor e de sofrimento e envolve necessidade de ajuda, apoio e confiança das pessoas que delas cuidam.

Gráfico 4- Caracterização das adolescentes primigestas segundo o recebimento de orientações sobre o parto durante o pré-natal (n=20), Patos-PB



Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Analisando o Gráfico 4, a grande maioria das adolescentes entrevistadas afirmam que receberam orientações sobre o parto durante o pré-natal.

Conforme Moura et al. (2007) para um bom desenvolvimento do trabalho de parto e parto, é necessário o preparo físico e emocional da mulher, proporcionando o seu bem estar, favorecendo a redução dos riscos e complicações. Contudo, o respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e ao conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transforma o nascimento num momento único e especial.



Quadro 1- Distribuição das adolescentes primigestas segundo o seguinte questionamento: Você teve orientações sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto durante o pré - natal? (n=20), Patos-PB

Questionamento	Respostas
Sinais e sintomas do trabalho de parto durante o pré-natal	Violeta 1:[...]”Sim... “A enfermeira explicou sobre as contrações uterinas que seriam muito fortes e que eu não tivesse medo na hora do “parto”. Margarida 2:[...]”Sim... Ela orientou sobre o rompimento da bolsa das águas”. Flor do campo 3:[...] “Sim... “Falaram para procurar a maternidade na hora que começar a sentir as dores .” Girassol 4 :[...] “Sim...“A enfermeira explicou sobre o sangramento vaginal.

Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Dentre as orientações recebidas durante o pré-natal sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, uma grande maioria das entrevistadas refere ter recebido essas informações. De forma geral essas adolescentes foram informadas de modo adequado



sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, cabe aos profissionais de saúde facilitar o processo de comunicação com a gestante, com ênfase nas informações e orientação pré-natais, que devem ser associadas a atividades educativas de grupo às consultas individuais.

Conforme Leventhal (2006), o diagnóstico do trabalho de parto é efetivado pela presença de contrações uterinas a intervalos regulares (duas a quatro em 10 min); dilatação progressiva e apagamento do colo de 70 a 80%.

Tabela 2- Caracterização das adolescentes primigestas segundo o número de consultas de pré-natal realizadas, (n=20), Patos- PB

VARIÁVEL	<i>f</i>	%
Nº de Consultas		
Seis	04	20
Mais de seis	16	80
TOTAL	20	100

Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Os dados expostos na Tabela 2 mostram que 80% das adolescentes entrevistadas relataram já ter realizado mais de seis consultas.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) preconiza a realização de, no mínimo, de seis durante o pré-natal, onde preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.



Quadro 2- Distribuição das adolescentes primigestas segundo o seguinte questionamento: Você acha que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto faz alguma diferença no parto? Se sim. Por quê? (n=20), Patos-PB

Questionamento	Respostas
Presença de um acompanhante durante o trabalho de parto faz alguma diferença no parto	Violeta 1:[...] “Sim, passa mais segurança”. Margarida 2:[...] “Sim. Por que mim dar mais coragem”. Flor do campo 3:[...] “Sim. Dar mais confiança”.

Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Conforme exposto no Quadro 2, quando questionadas quanto a opinião das mesmas sobre a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto faz alguma diferença no parto, obtivemos discursos que expressam a idéia central.

Segundo Bruggemann, et al. (2005) a presença do acompanhante é um direito da gestante garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

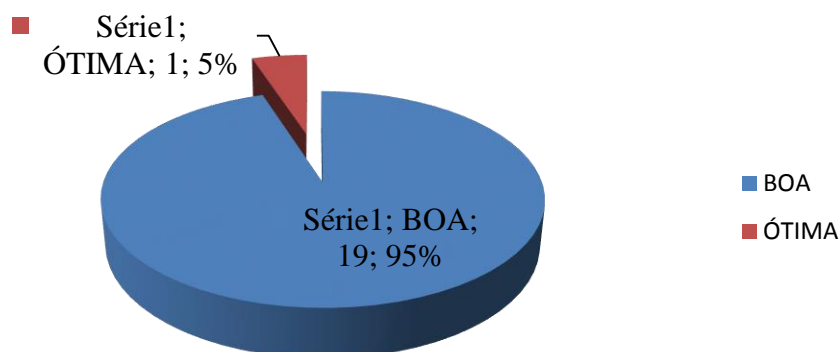
Portanto é suma importância a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e no parto esta associado à redução da duração do trabalho de parto, transmite segurança a parturiente, o que pode reduzir possíveis complicações na gestação, parto,



trabalho de parto, redução da administração de ocitocina na indução do trabalho de parto, diminuição da taxa de cesariana, do uso dos fórceps e da necessidade de analgesia. A presença do acompanhante diminui esses obstáculos e transforma o acontecimento em uma experiência positiva e inesquecível (RATTINER, 2009).

Confirmando com a autora a presença do acompanhante no trabalho de parto traz grandes benefícios e evita problemas à saúde da gestante, proporciona apoio emocional que contribui minimizando a solidão, dor, tensão e a ansiedade favorecendo uma boa evolução do parto.

Gráfico 5- Caracterização das adolescentes primigestas segundo a assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto (n=20), Patos-PB



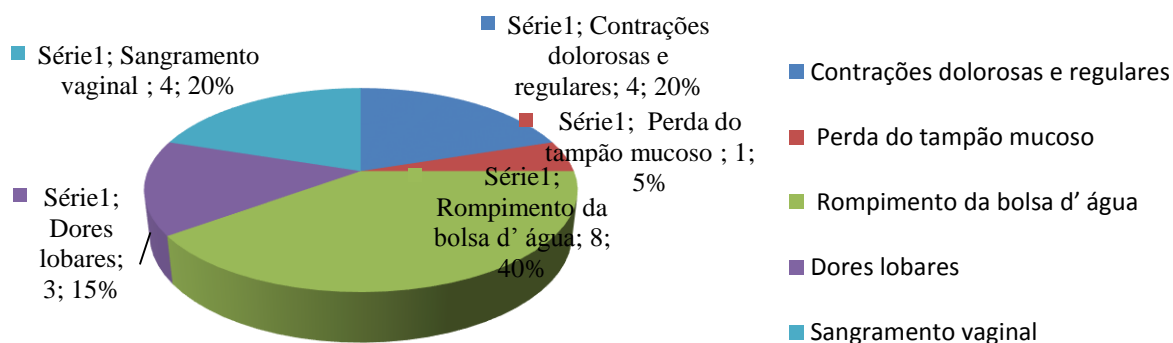
Fonte-Pesquisa direta, (2013).



Analisando os dados do gráfico 5, podemos afirmar que 95% das adolescentes entrevistadas relataram que a assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto é Boa, enquanto 5% considera a assistência prestada como ótima.

De acordo com Silveira (2010), a assistência dada á mulher durante o trabalho de parto é voltada para a ação do cuidar e, cuidar é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, responsabilidade, preocupação e de envolvimento afetivo com o outro. Oferecendo, portanto bem-estar e segurança á parturiente.

Gráfico 6-Caracterização das adolescentes primigestas de acordo com os sinais e sintomas do trabalho de parto identificados pela gestante que a motivou a procurar a maternidade. (n=20), Patos-PB



Fonte-Pesquisa direta, (2013).

Analisando o Gráfico 6, percebe-se a amostra estudada com relação aos sinais e sintomas do trabalho de parto identificados pelas adolescentes que a motivou a procurar



a maternidade, constatarmos que 40% das participantes mencionaram rompimento da bolsa d' água, 20% referiram sangramento vaginal, 20% referiram contrações dolorosas e regulares, 15% referiram dores lombares enquanto apenas 5% perda do tampão mucoso.

Os sinais de parto, o tempo de duração do trabalho de parto, a frequência das contrações uterinas, as condições das membranas ovulares e do líquido amniótico e a presença de sangramento vaginal são descritos como indicadores do momento em que a gestante deverá procurar um serviço obstétrico.

Para que haja um adequado acompanhamento do trabalho de parto, Reis e Bonadio (2007) referem à maturação e à dilatação do colo uterino como fatores importantes para a indicação de internação hospitalar.

Nem sempre a contração uterina é fácil de ser identificada pela gestante, pois consiste em um sintoma indicativo de parto que exige conhecimento preciso e percepção (REIS; BONADIO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa permitiram perceber que a gestação traz consigo novas situações nos diversos âmbitos da vida da mulher, principalmente na vida da adolescente. O estudo mostrou que as gestantes detinham um certo conhecimento sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, isso pode ser considerado importante, visto que, durante as consultas de pré-natal foram bem orientadas pelo profissional que as assistiram. Dentre os dados que mais chamaram atenção nessa pesquisa foi o desejo das adolescentes em engravidar, pois apesar da pouca idade, falta de amadurecimento, elas planejaram a gravidez, embora a maioria afirmaram não estar preparadas psicologicamente para o parto e relataram sentimentos de insegurança, medo da dor e de ficar sozinha na hora do parto.



Percebeu-se também que a presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto é essencial para manter a adolescente mais segura, confiante e confortável psicologicamente e emocionalmente para esse momento tão significante.

Neste sentido, os profissionais de saúde encarregados de assistir às gestantes, devem perceber suas expressões de angústia, medo, dúvidas, inquietações e ansiedade durante as consultas do pré-natal, parto e puerpério, buscando estabelecer um cuidado com atenção, paciência, compreensão, a fim de proporcionar-lhe segurança, encorajando-a e beneficiando-a para o momento do parto e maternidade.

Considerando a proposta para essa pesquisa, pode-se dizer que os objetivos foram atingidos, no entanto, é importante considerar as limitações do estudo, assim como possibilidades para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução 196/1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, p.162 2006.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade and CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.14, n.3, pp. 414-421. 2006.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, out. 2005.



ENDERLE, Cleci de Fatima; KERBER, Nalú Pereira da COSTA; SUSIN, Lulie Rosane Odeh and GONCALVES, Bruna GOULART. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev. esc. Enfermagem**. USP [online]. vol.46, n°.2, pp. 287-294. 2011.

GUANABENS, Marcella Furst Gonçalves; GOMES, Alessandra Miranda; MATA, Maria Elizete da and REIS, Zilma Silveira Nogueira. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. **Rev. Bras. educ. med.** [online]. vol.36, n.1, suppl.2, pp. 20-24. 2012

LEVENTHAL, Lucila Coca. Períodos clínicos do parto. In: BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.

MINAYO, M.C.de. S.(Org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: vozs, 2003.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; et.al. A humanização e assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev.Bras.Enferm**, v.60,n°4,p.452-5,Jul./ago.2007.

RATTINER, D; Acompanhamento-pre-natal-no-sus
uiadobebe.uol.com.br/acompanhamento-pre-natal-no-sus/ 2009.Acesso em: Maio.2013

REIS, S.E.M.; BONADIO, I.C. Jogo Educativo Sobre os sinais do parto para Grupos de Gestantes. **Rev.Nursing**.São Paulo,v.10,n.113,p.460-466,abr.2007.

SAITO, Émilia; RIESCO, MariaLuiza Gonzalez;Oliveira,Sonia Maria JunqueiraVasconcellos de.Conduas no Parto Normal.In:BARROS,Maria Oliveira de.**Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**.São Paulo:Manole,2006.

SIMÕES, V.M.F.SILVA, A.A.M.BETTIOL, H.LAMY-FILHO, F.TONIAL, S.R.MOCHEL, E.G. Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. **Rev. Saúde pública** 2003; 37(5): 5559-65 559.

SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda; COUTINHO, Isabela C.; KATZ, Leila and SOUZA, Alex Sandro Rolland. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública** vol.29, n.3, pp. 496-506. 2013.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

SILVA, E.T.da.;CAETANO,J.A.;SILVA,A.R.de V.Assistência Pré-natal de um serviço da Saúde.**Revista Brasileira de Proteção a Saúde**.Universidade de Fortaleza, v.19,nº4, p.216-223,Fortaleza,Brasil,2006.

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu and CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**vol.23, n.1, pp. 01-10. 2010.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laíse Potério e DUARTE, Claudia Aparecida Marchetti. **O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada**. Psyche (São Paulo). , vol.10, n.19, pp. 149-167. 2006.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de and SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. Enferm**, vol.63, n.4, pp. 652-659. 2010

ZUGAIB; Marcelo. **Obstetrícia** - 1ª ed.Barueri, SP: Manole, 2008.



Análise do conhecimento de adolescentes primigestas sobre o trabalho de parto

Artigo

Análise parasitológica de folhas de alface comercializada em supermercados e feira livre na cidade de São José do Egito - PE

Parasitological analysis marketed sheets of lettuce in supermarkets and fair free city of São José do Egito - PE

Natália Ramos de Farias¹
Alanna Michely Bastista de Moraes²
Laurécia Sabino Lino Picanço³

Resumo - A alface é uma das hortaliças consumidas diariamente pelas pessoas, acarretando um certo nível de contaminação por parasitas intestinais, uma vez que helmintos, protozoários e outros patógenos podem estar presentes, através de água contaminada, veiculação hídrica, solo e principalmente pelas mãos dos produtores com maus hábitos de higiene. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a incidência de parasitas e avaliar as condições higiênicas e sanitárias em folhas de alface comercializadas em supermercados e feira livre da cidade de São José do Egito – PE. O material foi encaminhado ao laboratório de análises clínicas Biolab, foram analisadas 24 amostras, 12 do supermercado e 12 da feira livre, dessas amostras 76% da feira livre e 42% dos supermercados estavam contaminadas por parasitas como: *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Giardia lamblia*, *Taenia sp.* Os resultados revelaram que o índice de parasitas em alface, provavelmente é por falta de saneamento e falta de higienização antes de serem consumidos.

Palavras-chaves: Alfaces, Parasitas Intestinais.

Abstract - Lettuce is one of the vegetables consumed daily between people, generating a contamination level by intestinal parasites, since helminths, protozoa and other pathogens may be present, contaminated by water, water-borne and soil the hands of the producers mainly with poor hygiene habits. The objective of this research was to evaluate the incidence of parasites and assess hygienic and sanitary conditions in lettuce leaves sold in supermarkets and street fair city of São José do Egito - PE. The material was sent to the laboratory for clinical analysis Biolab, 24 samples were analyzed, 12 of the supermarket and 12 flea market, 76% of these samples flea market and 42% of the supermarkets were contaminated by some parasites such as *Entamoeba histolytica*,

¹ Acadêmica do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos- FIP

² Docente do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos- FIP.

³ Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP



Entamoeba coli, *Endolimax nana*, *Giardia lamblia*, *Taenia* sp. The results showed that the rate of parasites in lettuce is probably due to lack of sanitation and lack of hygiene prior to consumption.

Keywords: Lettuce, Intestinal Parasites.

INTRODUÇÃO

A alface (*lactuca sativa*) é largamente difundida no Brasil, sendo uma hortaliça folhosa mais consumida de forma crua no País (LOPES et al., 2005). Devido a alta perecibilidade, como manuseios incorretos na colheita, transportes inadequadas, veiculação hídrica, solo. Tornando assim fatores importantes que irão favorecer o aumento de contaminação (LEITE; CRISTINO, 2007).

Segundo Rosiléia et al. (2008), as doenças parasitárias estão com grande frequência em nível mundial e de maior prevalência em comunidades empobrecidas nos países em desenvolvimentos.

Os principais protozoários intestinais que são transmitidos pelas mãos dos produtores e da água de irrigação são: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* (NOLLA; CANTOS, 2005). As medidas que podem ser tomada na prevenção de contaminação das hortaliças, é uma boa higienização dos produtos como, água de irrigação, tipos de adubos que são utilizados, embalagem que as hortaliças são transportadas, do cultivo até a comercialização (MESQUITA et al., 1999; CANTOS et al., 2004). Segundo Faria et al. (2008), no Brasil ainda não foram estudadas e desenvolvidas medidas eficazes e avaliações necessárias de qualidades para as hortaliças consumidas pela população.

O presente trabalho teve como objetivo, verificar a incidência de parasitas e avaliar as condições higiênicas, sanitárias em folhas de alfaces; traçar medidas preventivas e educativas para minimizar a contaminação por parasitas, porém durante o



estudo pode-se perceber que atualmente a alface está sendo uma das hortaliças mais consumidas, por isso é necessário aprimorar sempre na higienização.

METODOLOGIA

As amostras de alfaces foram obtidas em feira livre e supermercados da cidade de São José do Egito – PE, no período de março a abril de 2013 foram analisadas 24 amostras de alfaces (*Lactuca sativa*), sendo destas 12 adquiridas na feira livre e 12 adquiridas em supermercados. Foi estabelecido como unidade amostral o pé (ou touceira), independente do peso. As amostras foram obtidas dentre aquelas disponíveis para comercialização, no período da manhã.

As amostras foram acondicionadas individualmente em sacos plásticos limpos e descartáveis identificados e transportados em temperaturas ambientes até o Laboratório de Análises Clínicas Biolab. No laboratório, para cada unidade amostral obtida, foi empregado o método de sedimentação espontânea, adaptado para hortaliças, conforme descrito a seguir: em uma bandeja plástica de cor branco leitosa, com 40 x 30 x 10 cm de comprimento, largura e altura, respectivamente foi colocado um litro de água destilada. As folhas de alfaces foram separadas utilizando-se luvas de procedimentos; serão desprezadas as folhas deterioradas, as raízes e o talo, e as demais ficaram mergulhadas na água. A bandeja que continha a amostra de alface foi submetida a agitação orbital lenta (agitador de klaine) durante 5 minutos e permaneceram uma hora e meia em repouso.

Posteriormente, as superfícies das folhas foram esfregadas com pincel (nº 20) e permaneceram cinco minutos em repouso. Em seguida, as folhas foram erguidas para que o líquido escorra completamente e depois, foram desprezadas. O líquido obtido foi filtrado em gazes dobradas em 4 vezes e recolhido em um cálice cônico de sedimentação de vidro com capacidade para 200 ml, ficando em repouso por 24 horas para que ocorresse



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

a sedimentação espontânea. Completada a sedimentação para cada unidade amostral, foi retirada uma gota do sedimento por meio da pipeta de Pasteur, esta gota foi colocada sobre uma lâmina de microscopia óptica, em seguida, foi adicionada uma gota solução de lugol a 5%. Depois disso, foi feita uma montagem utilizando lamínula e foi realizada a microscopia, utilizando-se o microscópio óptico (Binocular Bioval), para a identificação das estruturas parasitárias em objetivas de 10x e 40x.

O diagnóstico foi realizado de modo qualitativo. As amostras foram observadas em duplicatas, totalizando 48 lâminas. Os dados estatísticos foram submetidos a análise no programa Microsoft Excel.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01. Resultados obtidos das análises parasitológicas em folhas de alface (*Lactuca sativa*) comercializadas na cidade de São José do Egito-PE, durante o período de abril a maio de 2013.

Pontos de Comercialização	Número de Amostras Analisadas	Número de Amostras Contaminadas	%
Feira Livre			
Box 1	3	3	25%
Box 2	3	2	17%
Box 3	3	2	17%
Box 4	3	2	17%
TOTAL			76%
Supermercados			
Supermercado 1	6	3	25%
Supermercado 2	6	2	17%
TOTAL			42%



De acordo com a tabela 01, foram analisadas 24 amostras de alface, os resultados demonstraram a prevalência dos principais parasitas intestinais em alimentos consumidos crus, utilizando neste estudo apenas as alfaces.

Foram pesquisados dois supermercados e uma feira livre da cidade de São José do Egito-PE. Nos supermercados foi realizado uma coleta em uma semana com 12 amostras, sendo 6 amostras de cada supermercado que teve o percentual de 42%, e da feira livre uma coleta em uma semana com 12 amostra sendo 3 amostras de cada Box diferente, totalizando 4 Box com o percentual de 76% bem maior que o supermercado. Constituindo um percentual global das amostras de alface analisada 58% foram positivas e as demais que representaram 42% foram negativas, de pés ou (touceiras) de alfaces analisadas.

Segundo Assuan, Mogharbel e Masson, (2005) o alface tem um único processo de higienização, entre o cultivo e o consumo, pois se houver processos inadequados de limpeza e desinfecção, irá proporcionar a contaminação de patógenos, inclusive os parasitas intestinais.

Takuanagui et al (2001); afirma que os resultados obtidos em estudo, com 139 pés de alface analisadas, 98 (70%) estavam contaminadas. Já em outro trabalho como o de Guilherme et al., (1996-1997) o percentual de parasitismo na alface foi de 6,6% bem mais inferior ao encontrado deste estudo.



Tabela 2. Distribuição de alfaces contaminadas por enteroparasitas, de acordo com a modalidade de contaminação e o local de comercialização na cidade de São José do Egito PE.

Modalidade de Contaminação	Local de Comercialização			
	Feira Livre		Supermercado	
	N°	%	N°	%
Múltipla contaminação 80%	6	67%	4	
Mono contaminação 20%	3	33%	1	
Total 100%	9	100%	5	

Na tabela 02, observa-se que a maioria das amostras analisadas apresentam um alto índice de contaminação por mais de um parasita intestinal, tornando assim um risco maior para a população fazer o consumo dessa hortaliça, porém observou-se uma maior frequência de três espécies parasitárias: *Entamoeba hystilitica*, *Entamoeba coli* e *Endolimax nana*. Segundo Rocha, Mendes e Barbosa (2008) mostraram que seus resultados das alfaces comercializadas no supermercado, 72,2% e 16,6% apresentaram mono e múltipla contaminação, e as alfaces comercializadas nas feiras livres, 79,1% e 20,9% apresentaram respectivamente mono e múltipla contaminação.



Tabela 3. Descrição das espécies de parasitas encontrado nas alface e sua distribuição em supermercados e feira livre.

Espécies de parasitas encontradas na alface	Quantidade de parasitas encontrado nos supermercados	%	Quantidade de parasitas encontrado na feira livre	%
Cisto de <i>Giardia lamblia</i>			01	7%
Ovo de <i>Taenia</i>			03	20%
Cisto de <i>Endolimax nana</i>	04	44,5%	04	26%
Cisto de <i>Entamoeba histolytica</i>	04	44,5%	03	20%



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

Ovo de <i>Hymenolepis nana</i>			01	7%
Cisto de <i>Entamoeba coli</i>	01	11%	02	13%
Larva de <i>Ancylostoma duodenales</i>			01	7%
TOTAL	09	100%	15	100%



Análise parasitológica de folhas de alface comercializada em supermercados e feira livre na cidade de São José do Egito - PE

Na tabela 03, Cisto de *Entamoeba histolytica*, Cisto de *Entamoeba coli* e Cisto de *Endolimax nana*, foram encontrados nos dois pontos de coleta onde houve a pesquisa. A *E. Coli*, apesar de não ser patogênica, indica níveis de contaminação fecal nas alfaces (*Lactuca sativa*), já os parasitas patogênicos observados das alfaces comercializadas da feira livre foram: Larva de *Ancylostoma duodenales*, *E. histolytica*, *G. lamblia*, Ovo de *Taenia*, Ovo de *Hymenolepis nana*, *Endolimax nana*. De acordo com Pereira (2010) que também realizou análise parasitológica em folhas de alface na cidade de João Pessoa (PB), mostrando que seus resultados não apresentaram contaminação por *Taenia sp*, Verme adulto de *Ancylostoma duodenales*, uma vez que estas amostras também foram obtidas em feiras livres e supermercados, este fato trouxe uma preocupação para os dados obtidos na presente pesquisa, sabe-se que a presença de ovo de *taenia sp*, é um dado preocupante no município de São José do Egito-PE, pois em virtude da patologia que este parasita afeta no homem, mais conhecida como Cisticercose, pode ocorrer no sistema nervoso central a (neurocisticercose) ou sistema ocular (aftalmocisticercose).

CONCLUSÃO

Conclui-se que as amostras avaliadas mostraram resultados de que a ocorrência de parasitas intestinais são bastantes elevados nas alfaces (*Lactuca sativa*) comercializadas na cidade de São José do Egito-PE, demonstrando que as amostras obtidas na feira livre apresentaram elevados índices de contaminação. No entanto torna-se necessário uma fiscalização onde ocorre a comercialização, orientando e divulgando para a população, sobre as boas formas e praticas de higienização não só a alface como também de todas as hortaliças.



REFERÊNCIAS

ASSUAN D. I. MOGHARBEL; MARIA LUCIA MASSON. Perigos associados ao consumo da alface, (*Lactuca sativa*), in natural. Alim. Nutr., Araraquara v. 16, n.1, p. 83-88, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://WWW.google.com.br>. Acesso em 17 de maio de 2013.

CANTOS, G. A, SOARES, B, MALISKA, C, GICK, D. Estruturas parasitárias encontradas em hortaliças comercializadas em Florianópolis, Santa Catarina. News Lab 66: 154-163, 2004.

FARIA, M. G., Frequência de enteroparasitos em amostras de alfaces (*Lactuca sativa*) comercializadas em feiras livres na cidade de Ipatinga, Minas Gerais. **Revista Digital de Nutrição**, Ipatinga, Unileste-MG, v. 2, n. 2, fev./jul. 2008.

GUILHERME, A. L. F., **Prevalência de enteroparasitas em hortícolas e hortaliças**, Maringá, Paraná, abril. 1996-dezembro. 1997.

LOPES, J. C., Produção de alface com doses de lodo de esgoto. **Horticultura Brasileira**, v. 23, n. 1, p. 143-147, 2005.

LEITE, M. O.; CRISTINO, J. R. Qualidade e vida útil de alfaces (*Lactuca sativa* l.) in natura, higienizadas e acondicionadas em atmosfera natural. **Revista Científica do Centro Universitário**. Barra Mansa - UBM, Barra Mansa, v. 9, n. 17, p. 48, jul. 2007.

NOLLA, A. C, CANTOS, G. A., Relação entre a ocorrência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos e aspectos epidemiológicos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** 21: 641-645, 2005.

MESQUITA, V. C. L, SERRA, C. M. B, BASTOS, O. M. P, UCHÔA, C. M. A. Contaminação por enteroparasitas em hortaliças comercializadas nas cidades de Niterói e Rio de Janeiro, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 32: 363-366, 1999.

PEREIRA, J. A. **Avaliação da Contaminação da Alface (*Lactuca sativa*) Variedade Crespa por Bactérias e Enteroparasitas**. João Pessoa, 2010.

ROCHA, A.; MENDES, R. A.; BARBOSA, C. S. *Strongyloides spp* e outros parasitos encontrados em alface (*Lactuca sativa*). **Revista de Patologia Tropical**, v. 37, n. 2, p.151-160, 2008.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

TAKAYANAGUI, O. M.; OLIVEIRA, C. D.; BERGAMINI, A. M. N.; CAPUA-NO, D. M.; OKINO, M. H. T.; FEBRÔNIO, L. H. P.; SILVA, A. A. M. C. C.; OLIVEIRA, M. A.; RIBEIRO, E. G. A.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Fiscalização de verduras comercializadas no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, p. 37-41, 2001.



Análise parasitológica de folhas de alface comercializada em supermercados e feira livre na cidade de São José do Egito - PE

Artigo

Síndrome de burnout: incidência em um hospital público

Burnout syndrome: incidence in a public hospital

Angélica Cecília Nogueira de Queiroz¹
Ankilma do N. Andrade Feitosa²
Milena Nunes Alves de Sousa³
Geane Silva Oliveira⁴
José Thiago do Nascimento Pereira⁵
Wyara Ferreira Melo⁶

RESUMO – Objetivou-se verificar a incidência da síndrome de Burnout em um hospital público no município de Pau dos Ferros - Rio Grande do Norte, Brasil. Pesquisa exploratória e descritiva de caráter quantitativo. Participaram do estudo 82 profissionais da área de saúde, que responderam ao Inventário de Burnout de Maslach. A coleta dos dados foi realizada em agosto de 2012, no supracitado hospital. Os dados foram agrupados em tabelas e discutidos à luz da literatura revisada neste estudo. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, mediante protocolo nº 04713412.8.0000.5180. Os resultados conferem um total de 82 profissionais divididos em 12 profissões, ocupando cargos que por vezes não conferem ao grau de formação acadêmica, distribuídos por vários setores do hospital. Observou-se, todavia, que a maioria dos profissionais apresentava reduzida realização profissional e que os auxiliares de enfermagem demonstraram a síndrome de Burnout. Esta pode passar despercebidamente em virtude do desconhecimento por parte de profissionais e da população. Assim, é primordial a realização de estudos nessa área para ampliar esclarecimentos sobre o tema e fornecer suporte para pesquisas consequentes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Esgotamento Profissional. Incidência.

¹ Enfermeira. Graduada pela faculdade Santa Maria.

² Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC.

³ Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Docente nas Faculdades Integradas de Patos e Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/UNIFRAN.

⁴ Docente da Faculdade Santa Maria.

⁵ Acadêmico do curso de bacharelado em Enfermagem Faculdade Santa Maria.

⁶ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria-FSM.



ABSTRACT – We aimed to verify the incidence of Burnout syndrome in a public hospital of the city of Pau dos Ferros-RN, Brazil. This is an exploratory and descriptive study with quantitative approach. The study included 82 health professionals who answered the Maslach Burnout Inventory. Data collection happened in August 2012, in the above hospital. Data were organized in tables and discussed literature reviewed in this study. The project was analyzed by the Research Ethics Committee of the Faculdade Santa Maria, by protocol No. 04713412.8.0000.5180. The results correspond to a total of 82 professionals divided into 12 professions, occupying positions that sometimes do not correspond to their level of academic training, distributed in several hospital departments. However, we observed that most professionals had reduced professional accomplishment and that nursing assistants demonstrated Burnout syndrome. This may go unnoticed due to the lack of knowledge of the professionals and the public. Therefore, there is the need for studies in this area to increase clarification on the issue and provide support for further researches.

KEYWORDS: Occupational Health. Burnout, Professional. Incidence.

INTRODUÇÃO

Usado, inicialmente, por Brandley, em 1969, Burnout, passou a ser conhecido somente a partir de 1974, através de Freudenberger, psiquiatra que trabalhava com toxicodependentes em Nova Iorque e observou que voluntários apresentavam progressiva perda de energia até chegar ao esgotamento e aos sintomas de ansiedade e depressão. Descreveu que eram menos sensíveis e compreensivos, desmotivados e agressivos em relação aos doentes, com tratamento distanciado e cínico e com tendência a culpá-los pelos próprios problemas (BRITO; CRUZ; FIGUEIREDO, 2008).

O termo *burn out* ou *burnout* vem do inglês “queimar até a exaustão”, ou seja, indica o esgotamento que sobrevêm posteriormente à utilização de toda a energia disponível. Logo, entende-se síndrome de Burnout como sinais psicológicos produzidos em resposta aos estressores interpessoais crônicos no trabalho, associado à exaustão de energia decorrente de má adaptação a um trabalho estressante, prolongado e com elevada carga tensional, descrevendo condição de profissionais, cujo trabalho requer elevado grau de contato interpessoal (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, a síndrome da estafa constitui quadro bem definido. A exaustão emocional



representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo, decorrendo principalmente da sobrecarga e do conflito pessoal nas relações interpessoais. A despersonalização é caracterizada pela insensibilidade emocional do profissional, que passa a tratar clientes e colegas como objetos. Por fim, a redução da realização pessoal revela autoavaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho (SOARES; CUNHA, 2007). Os sintomas atribuídos à síndrome podem ser divididos em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

A síndrome de Burnout pode ocorrer entre indivíduos cujo trabalho requer contato com pessoas, principalmente quando essa atividade é considerada de ajuda, como nos casos de médicos, enfermeiros, professores e em indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos (MOREIRA et al., 2009).

Destacando os profissionais da área de saúde atuantes em hospitais públicos, encontram-se correlação negativa alta entre estilo de gestão da chefia e exaustão emocional, bem como correlação positiva significativa entre sobrecarga no trabalho e dimensões de desumanização e decepção. A sobrecarga está relacionada à baixa realização no trabalho e ao distanciamento contraproducente (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

Por integrarem profissão com grande parte da carga de trabalho e que tem como essência o cuidado direto com pacientes e familiares, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem encontram-se quase sempre em situações de estresse altíssimo, estando a enfermagem classificada na quarta profissão mais estressante no setor público, como ressalta a *Health Education Authority*. A sobrecarga de trabalho é justificada por falta de pessoal e estimulada pelo pagamento de horas-extras, carência de autonomia e autoridade na tomada de decisões (JODAS; HADDAD, 2009).

A questão do diagnóstico, da avaliação e da importância da entrevista, associada ao instrumento para identificação da síndrome, facilita o entendimento das diversas



facetadas do fenômeno. No que diz respeito ao tratamento da síndrome de Burnout, são destacados os enfoques organizacional, grupal e individual, em que são apresentadas técnicas que capacitam o profissional a intervir, auxiliando trabalhadores e organização no manejo dos estressores do contexto laboral (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

A problemática em questão vem crescendo de forma gradativa nos últimos anos e envolve a saúde dos trabalhadores, uma vez que cotidianamente eles são expostos a situações de estresse, o que talvez esteja relacionado a um fator importante de morbidade e mortalidade, comprometendo a saúde física e mental do profissional de saúde. Assim, emergiram os questionamentos: a síndrome de Burnout acomete os profissionais de saúde que atuam no hospital escolhido para cenário deste estudo? Qual a classe da área da saúde mais acometida?

O tema em questão foi pensado mediante a relevância em desenvolver estudos nessa área, já que a síndrome de Burnout pode vir a se apresentar como grave problema de saúde pública. Considera-se o estudo importante, uma vez que envolveu intrinsecamente a saúde dos trabalhadores em linhas gerais, causando desgaste físico e mental, que quando não cuidado adequadamente incidirá na síndrome. Por isso, são relevantes estudos nessa área para determinar o perfil de profissionais afetados.

Com a demanda cada vez maior de profissionais de saúde em mercado de trabalho mais exigente e competitivo, surgem problemas como o estresse, desencadeado principalmente pela sobrecarga no emprego, deixando o profissional potencialmente vulnerável a desenvolver problemas físicos e/ou psicológicos, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada à sociedade.

Em virtude do exposto nota-se a importância de trabalhar com temática tão indispensável e pertinente nos dias atuais. O que possibilitará ponderações acerca das atividades realizadas por esses profissionais, organizando horários e funções, não esquecendo as horas de lazer e descanso, trazendo de volta o bem-estar de todos. Sob essa



perspectiva, o estudo objetivou verificar a incidência da síndrome de Burnout em hospital regional do interior do Rio Grande do Norte.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por profissionais de saúde que atuam em um Hospital Público, localizado na cidade de Pau dos Ferros – RN. A amostra foi composta por 82 profissionais da referida instituição de saúde, selecionados pelo método probabilista intencional.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado em duas partes, a primeira para caracterizar os sujeitos da pesquisa e a segunda o Inventário de *Burnout de Maslach* - MBI para aferir a incidência da síndrome de Burnout. O MBI é um questionário para ser respondido por meio de escala de frequência de sete pontos que vai de zero (nunca) até seis (sempre). Este apresenta três subescalas: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e reduzida realização profissional (RRP). A exaustão emocional é avaliada por nove itens; a despersonalização, por cinco itens; e a realização pessoal, por oito itens. Desta forma, para altas pontuações em EE e DE associados a baixos valores em RRP, conclui-se que o indivíduo apresenta a síndrome de Burnout (NORO, 2004).

Para coleta dos dados, foi realizado contato prévio com a coordenadora do referido hospital. Assim, os pesquisadores aplicaram os questionários em agosto de 2012. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados com base no método quantitativo, o qual tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis de experiência humana. Após leitura minuciosa das respostas, os dados foram tabulados e agrupados em tabelas.



O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Santa Maria, conforme CAAE nº 04713412.8.0000.5180. Para realização deste estudo, foram observados os pressupostos da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2000).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, estão descritos os dados sociodemográficos, seguidos da análise dos dados direcionados ao estudo. Os 82 profissionais participantes do estudo foram divididos em 12 profissões, ocupando cargos que por vezes não conferiram ao grau de formação acadêmica. Os mesmos dividiam-se por vários setores do hospital pesquisado.

Os profissionais com maior quantitativo eram os técnicos de enfermagem que corresponderam a 26,24 (32 %) da amostra, seguidos respectivamente de enfermeiros, 13,12 (16%), médicos, 12,3 (15%), técnicos de análises clínicas, 7,38 (9%), auxiliares de enfermagem, 4,92 (6%) fisioterapeutas, 4,1 (5%) nutricionistas, farmacêuticos, farmacêuticos/bioquímicos e assistentes sociais, com 3,28 (4%) cada, e psicólogo, 0,82 (1%).

Com relação ao cargo ocupado, os participantes estiveram distribuídos da seguinte forma: 27,88 (34%) eram técnicos de enfermagem; 13,12 (16%) médicos; 10,66 (13%) enfermeiros; 7,38 (9%) técnicos de laboratório; 4,1 (5%) fisioterapeutas; 4,1 (5%) auxiliares de enfermagem e bioquímicos; 3,28 (4%) assistentes sociais; 2,46 (3%) nutricionistas; e esterilização (CME), supervisão de UAN e parteira com 0,82 (1%).

Os mesmos subdividiram-se em 14 setores, em que 16,4 (20%) trabalhavam na urgência/emergência; 14,76 (18%) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Laboratório e clínica médica 9,84 (12%); alojamento conjunto, 7,38 (9%); bloco cirúrgico e clínica cirúrgica, 4,92 (6%); nutrição e serviço social, 2,46 (3%); Serviço de Atendimento



Hospitalar e Núcleo de Saúde do trabalhador, 0,82 (1%). Quanto ao estado civil, os números foram os seguintes: 59,04 (72%) dos profissionais eram casados; 10,66 (13%) solteiros; 5,74 (7%) divorciados; 4,1 (5%) viúvos; e 2,46 (3%) outros.

O quadro de pessoal conferiu 78,72 (96%) de efetivos e 3,28 (4%) de terceirizados. No que diz respeito à faixa etária, os entrevistados de 41 a 50 anos apresentam-se com 36,9 (45%) da amostragem; os de 51 a 60 anos, 19,68 (24%); os de 31 a 40 anos, 18,04 (22%); e os de 20 a 30 anos, com 7,38 (9%).

Com relação à escolaridade, 46,74 (57%) dos entrevistados concluíram curso de graduação, sendo que 49,2 (60%) terminaram a pós-graduação. A renda salarial total mensal era de até 3 salários mínimos para 41 (50%) dos pesquisados, de 4 a 6 salários mínimos para 13,12 (16%), de 6 a 8 salários mínimos para 5,74 (7%), de 8 a 10 salários mínimos para 18,04 (12%), e acima de 10 salários mínimos para 12,3 (15%), no mês da realização da pesquisa o valor do salário mínimo era de 622,00.

A carga horária de trabalho semanal com maior destaque foi de até 40 horas semanais, com percentual de 54,24 (67%), seguida por 18,86 (23%) com mais de 40 horas, e 8,2 (10%) até 30 horas. O principal turno de trabalho era diurno e noturno, 77,08 (94%), e posteriormente o diurno, com 4,92 (6%). No que se refere ao tempo de serviço prestado na instituição, 50,02 (61%) dos profissionais que trabalhavam há mais de 10 anos, 26,24 (32%) de um a cinco anos, 4,92 (6%) de seis a 10 anos, e 0,82 (1%) de seis meses a um ano.

A carga horária semanal revela dados alarmantes, em que 57,15 (69,7%) dos profissionais têm jornada de até 51 horas, o que é compatível com a pesquisa, uma vez que 54,24 (67%) dos entrevistados trabalhavam mais de 40 horas semanalmente (SOARES; CUNHA, 2007).

Quanto aos dados referentes ao inventário Burnout de Maslach, com base em Noro (2004), foram definidos valores para Exaustão Emocional (EE) que confere os nove primeiros números do questionário, despersonalização (DE) que são os cinco números



seguintes e Reduzida Realização Profissional (RRP) que comina nos últimos oito números.

Partindo dessa premissa, os dados de prevalência estão apresentados para cada fator e profissão de forma individual, de maneira a fornecer perspectiva mais abrangente da síndrome de Burnout (MUNHOZ; LOPES, 2009).

Tabela 1. Inventário de Burnout de Maslach.

Profissões	Fatores	Burnout	Níveis
Nutricionista	Exaustão Emocional (EE)	23	Médio
	Despolarização (DP)	12	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	33	Médio
Fisioterapeuta	Exaustão Emocional (EE)	26	Médio
	Despolarização (DP)	17	Alto
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	31	Baixo
Psicólogo	Exaustão Emocional (EE)	27	Alto
	Despolarização (DP)	9	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	24	Baixo
Médico	Exaustão Emocional (EE)	24	Médio
	Despolarização (DP)	12	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	21	Baixo
Assistente Social	Exaustão Emocional (EE)	22	Médio
	Despolarização (DP)	15	Médio



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

	Reduzida Realização Profissional (RRP)	25	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	36	Alto
Auxiliar de Enfermagem	Desporalização (DP)	14	Alto
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	31	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	17	Baixo
Técnico de Análises Clínicas	Desporalização (DP)	8	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	24	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	14	Baixo
Farmacêutico	Desporalização (DP)	7	Baixo
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	18	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	17	Médio
Enfermeiros	Desporalização (DP)	9	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	18	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	18	Médio
Técnicos de Enfermagem	Desporalização (DP)	9	Médio
	Reduzida Realização Profissional (RRP)	21	Baixo
	Exaustão Emocional (EE)	20	Médio
Farmacêutico/Bioquímico	Desporalização (DP)	10	Médio



Síndrome de burnout: incidência em um hospital público

Fontes: Dados da pesquisa

Quanto às categorias profissionais que apresentaram maior índice de estressados, têm-se as de serviço social, enfermagem e medicina (CARVALHO; MALAGRIS, 2007). Tal fato assemelha-se aos achados deste estudo, uma vez que a classe de enfermagem apresentou altos índices da síndrome seguidos por médicos, psicólogos e assistentes sociais. É possível supor a razão deste fato ao considerar a prática de cada profissão, ou seja, as atividades características de cada uma.

No que se refere à relação entre estresse e o setor em que trabalha, foram observados dados interessantes, o grupo de profissionais que somavam o trabalho ambulatorial ao trabalho de chefe apresentou alta incidência de estresse (CARVALHO; MALAGRIS, 2007). Supõe-se, com tais resultados, que a prática da assistência, que motiva o profissional ao contato direto com o sofrimento, o torna mais vulnerável ao estresse. O que pode ser ressaltado pelo estudo em questão, uma vez que parte dos profissionais atuava em setores extremamente críticos e estressantes, como urgência/emergência e UTI.

Os resultados indicam que pessoas casadas ou com companheiro (a) estável experimentam sentimentos de responsabilidade familiar e maior resistência à síndrome, por associação com a capacidade de enfrentar problemas emocionais, o que indica que pessoas solteiras são mais propensas a apresentar a síndrome (MOREIRA et al., 2009).

Sucessivas mudanças nos contextos socioeconômicos e busca de melhores remunerações e recursos financeiros, aliados a uma menor aversão à incerteza e maior tolerância à instabilidade, motivam profissionais a apresentarem maior propensão para o risco, a mudança, considerando quase de imediato, outras oportunidades de trabalho,



sendo posteriormente recompensados por essa exposição (DIAS; QUEIRÓS; CARLOTTO, 2010).

Ao partir dessa vertente, percebeu-se que o quantitativo de profissionais efetivos era amplamente superior ao de profissionais terceirizados. Porém, os efetivos não exerciam obrigatoriamente o cargo inerente à profissão de origem.

Os trabalhadores com idade acima de 35 anos encontram-se com médio ou baixo nível de cansaço emocional, sendo mais que o dobro em comparação aos indivíduos com idade de 25 anos ou menos (MOREIRA et al., 2009).

O estudo revelou que a maioria dos profissionais trabalhava durante os dois turnos (diurno/noturno). Contrariamente ao que foi encontrado em outro estudo, já que a maioria dos profissionais era do turno da noite, o que pode estar sobrecarregando o trabalho desses profissionais (FASCINA et al., 2007).

Ao contrário de outro estudo realizado que fez a entrevista com trabalhadores relativamente jovens, o que não ocorreu com a população pesquisada, que possui idade de 41 a 50 anos, o tempo de trabalho na instituição foi variante, uma vez que os autores destacaram tempo de trabalho e permanência na instituição relativamente médio, (inferior a 5 anos) (DIAS; QUEIRÓS; CARLOTTO, 2010). A pesquisa demonstrou que a prestação de serviço à instituição foi alta, sendo que 50,02 (61%) dos profissionais trabalhavam há mais de 10 anos, este fato pode estar relacionado à percepção de maior distanciamento do poder característico dos profissionais brasileiros, marcada, possivelmente, pela hierarquização em organizações hospitalares.

Em outro estudo encontrou-se que os profissionais de enfermagem possuíam alta pontuação para reduzida realização profissional, estando, assim, realizados profissionalmente; média pontuação para exaustão emocional; e baixa pontuação para despersonalização (ZANELA; MIGLIORINI, 2008). Tal achado foi contrário ao resultado obtido por esta pesquisa, uma vez que os profissionais de enfermagem apresentaram os resultados discrepantes.



Os nutricionistas e farmacêuticos/bioquímico apresentaram quadro médio de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, o que aponta tendência para desenvolver o Burnout. Para Sobrinho (2010), os nutricionistas são afetados diretamente pelas condições de trabalho, pelo sofrimento e pela morte. Essas experiências de sofrimento intenso que marcam o cotidiano dos profissionais têm impacto na qualidade de vida e da assistência que prestam, tanto ao paciente quanto aos familiares.

Os dados encontrados em outra pesquisa demonstraram que os profissionais médicos apresentaram média exaustão emocional e despersonalização e baixa reduzida realização profissional, o que foi coerente com o estudo em que os médicos apresentam o Burnout, uma vez que, caracterizam o trabalho como sendo de alta demanda psicológica. Diante dos sintomas psicológicos e físicos, o profissional desenvolve a despersonalização, que se caracteriza por atitudes frias e negativas (TIRONI et al., 2009).

Os mesmos também se sentem ineficientes, com diminuição da autoconfiança e sensação de fracasso, o que acaba decorrendo a redução na realização pessoal no trabalho. A ineficácia durante a realização das atividades médicas foi observada em quase um terço da população estudada (TIRONI et al., 2009).

Bezerra e Beresin (2009) caracterizam os psicólogos com níveis altos de exaustão emocional e despersonalização, e realização profissional baixa, caracteriza a EE como sensação de esgotamento de recursos, em que o indivíduo já não possui condições emocionais de oferecer acolhimento aos pacientes e/ou às pessoas ao seu redor, a DE se constitui da indiferença emocional - que faz com que o profissional trate os outros de forma desumanizada, enquanto os psicólogos pluriempregados foram os que apresentaram alta realização profissional caracterizada pela autoavaliação positiva e satisfação com o desenvolvimento e o êxito profissional.

O resultado da pesquisa foi discrepante em relação ao estudo de Bezerra e Beresin (2009), quando comparado à outra pesquisa, no que diz respeito à média despersonalização



e baixa reduzida realização profissional e similar, no que se refere à alta exaustão emocional.

Pinteus (2001) revela que os fisioterapeutas apresentam elevada pontuação na realização pessoal, o que indica que estão a fazer com dignidade o seu trabalho, revela ainda pontuação muito baixa na despersonalização, o que faz com que eles considerem os outros como objetos; e com relação à exaustão emocional, a pontuação também é baixa, o que significa que os sujeitos estão dispostos a suportar tensão mais elevada do que os seus limites. A partir dessa análise, verificou-se incompatibilidade com o estudo, pois os fisioterapeutas pesquisados apresentaram média exaustão emocional, alta despersonalização e baixa reduzida realização profissional.

Os assistentes sociais lidam diretamente com as políticas públicas e as dificuldades encontradas pelos indivíduos em que se inserem. A carga de responsabilidade depositada neste profissional é por vezes demasiada, pois dele depende, em muitos casos, a continuação do tratamento pelo paciente, o que causa desgaste físico e emocional. Com base em outra investigação, encontraram-se similaridades nas respostas ao longo dos questionamentos deste estudo, o que torna compreensível o resultado apresentado pelos assistentes sociais pesquisados, já que os mesmos dispuseram de média exaustão emocional e despersonalização e baixa reduzida realização profissional, o que resulta do desgaste físico e mental (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

Com relação aos técnicos de análises clínicas, estes apresentaram baixa exaustão emocional, média despersonalização e baixa reduzida realização profissional, o que aponta que os mesmos possuíam comportamento frio e insatisfeito, além da baixa realização profissional.

Os farmacêuticos apresentaram baixa exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, o que confere a esses profissionais pouca exaustão emocional e despersonalização, porém a realização profissional é apresentada em níveis baixos. Kovaleski e Bressan (2012) explicam que as dimensões da síndrome como



exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional explicitam que os profissionais se sentem infelizes com eles próprios e insatisfeitos com seu desenvolvimento no trabalho.

A exaustão emocional é, geralmente, relacionada às excessivas demandas provenientes do exercício do trabalho, dificultando a conciliação destas com aspectos importantes da vida pessoal. E a reduzida realização profissional faz com que o trabalhador perca o interesse pelo trabalho, permaneça desanimado e qualquer esforço lhe parecerá inútil.

Trigo, TungTeng e Hall (2007) afirmam que no Brasil a literatura encontrada nos bancos de dados utilizados não é vasta em relação ao burnout e sua prevalência. No Rio Grande do Norte, estudo realizado com 205 profissionais de três hospitais universitários constatou que (93%) dos participantes de um dos hospitais apresentavam burnout de níveis moderado e elevado. Sendo coeso com o estudo em destaque, cuja maioria dos profissionais apresentava altos índices de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de reduzida realização profissional, com isso denota-se a presença da síndrome entre os profissionais estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estresse é, atualmente, um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais de forma geral. O mercado de trabalho, mais exigente e competitivo, motiva problemas como o estresse, desencadeado principalmente pela sobrecarga no emprego, acarretando grande vulnerabilidade a desenvolver problemas físicos e/ou psicológicos, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada à sociedade.

O estudo em questão se propôs a verificar a incidência da síndrome de Burnout em hospital do Rio Grande do Norte, Brasil, utilizando-se tanto de questionário



sociodemográfico, como do inventário de burnout de Maslach para identificar a classe profissional mais acometida, que nesse caso foram os auxiliares de enfermagem.

Assim, o estilo de vida, as condições inóspitas do hospital fazem com que os profissionais se tornem hostis com o passar do tempo, as baixas remunerações, as altas cargas horárias, o setor em que trabalham, o tempo de trabalho e a forma como esses indivíduos lidam com os problemas enfrentados no âmbito hospitalar e a maneira que os mesmos atendem a sua clientela (pacientes), bem como as situações cotidianas, acabam impulsionando ou não para que eles consigam sobressair-se dessas condições desfavoráveis.

Reitera-se que estudo é extremamente relevante, por ser temática recente e pertinente aos dias atuais. Ademais, a síndrome de Burnout pode passar despercebidamente, justamente pelo desconhecimento de profissionais e da população. Assim, são primordiais estudos nessa área, ampliando os esclarecimentos sobre o tema e servindo de base para que possam ser desenvolvidas pesquisas conseguintes.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 154-181.

BEZERRA, R. P.; BERESIN, R. A síndrome de burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 351-356, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

BRITO, C. N.; CRUZ, C.; FIGUEIREDO, J. F. **Fatores preponderantes na ocorrência e manifestação da síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem**. 2008. 62f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais Curso de Enfermagem. Campos Gerais, 2008.



CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout: uma doença do trabalho na sociedade de bem-estar. **Aletheia**, n. 25, p. 203-205, 2007.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Est Pesq Psicol.**, n. 7, n. 3, p. 210-221, 2007.

DIAS, S.; QUEIRÓZ, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, n. 32, p. 4-21, 2010.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.3, p. 722-729, 2011.

FASCINA, L.P. et al. **Avaliação do nível da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da UTI-adulto** [Internet]. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.psicocare.net/psicologia/arquivos/sindrome_burnout.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciênc Saúde Colet.**, v.16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Sau. &Transf. Soc.**, v.3, n.2, p.107-113, 2012.

MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n.7, p. 1559-1568, 2009.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de *stress* e burnout. **Estud Psicol**, v.27, n.1, p. 67-74, 2010.

SOARES, H. L. R.; CUNHA, C. E. C. A síndrome do "burn-out": sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. **Rev Dep Psicol UFF.**, v.19, n. 2, p. 505-506, 2007.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

SOBRINHO, C. L. N. et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Rev Bras Educ Med.**, v. 34, n.1, p. 106-115, 2010.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TRIGO, T. R. T.; TENG, C.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Psiqu. Clín.**, v. 34, n. 5, p. 223 - 233, 2007.

ZANELA, J. P. L.; MIGLIORINI, L. A. M. **A incidência de sintomas característicos para o desenvolvimento da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem.** 2008. 31f. Monografia [Graduação] - Faculdade Assis Gurgacz, Curso de Enfermagem, Cascavel, 2008.



Síndrome de burnout: incidência em um hospital público

Artigo

Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças

Clinical and epidemiological aspects of metabolic syndrome in children

Tayann Kelly da Silva Pereira¹
Marcelo Alves Barreto²
Priscilla Costa Melquíades Menezes³
Renata de Oliveira Guaré⁴
Cristina Costa Melquíades Barreto⁵

RESUMO – A síndrome metabólica (SM) é um conjunto de doenças que se relacionam aos riscos cardiovasculares e à obesidade e tem atingido índices preocupantes entre crianças de todo o mundo, despertando o interesse de estudiosos e clínicos em geral. Este estudo teve como objetivo revisar na literatura atual os aspectos clínicos e epidemiológicos referente à síndrome metabólica em crianças. A pesquisa é uma revisão sistemática da literatura, que teve a pretensão de analisar a literatura atualizada, interpretar e compreender os aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças. O estudo foi realizado na base de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionados artigos na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), consultando-se artigos científicos referentes ao tema, a pesquisa foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2012. Utilizando a palavra chave *síndrome metabólica*, inicialmente foram relacionados 144 artigos, quando refinados mediante a aplicação de critérios de inclusão e exclusão restaram 10 artigos. Foi observado que há uma diversidade de conceitos relacionados ao conjunto de componentes da SM, mas ainda não há um consenso sobre os componentes para um diagnóstico de SM, devido às inúmeras controvérsias entre os autores que não chegaram a um estudo fidedigno sobre os fatores de risco que compõe a SM.

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP

² Mestre em Ciência da Saúde/UNICSUL, Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

³ Mestranda em Ciência da Saúde/UNICSUL, Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

⁴ Doutora Docente da UNICSUL.

⁵ Mestre em Ciência da Saúde/UNICSUL, Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP.



PALAVRAS-CHAVES: Obesidade, Resistência a Insulina e Criança.

ABSTRACT – Metabolic syndrome (MS) is a combination of medical disorders related to cardiovascular and obesity risks which has reached alarming rates among children all over the world, drawing the attention of experts and physicians in general. The study aimed at reviewing up-to-date literature of the clinical and epidemiological aspects of metabolic syndrome in children. The research is a systematic literature review, that proposed to analyze current literature, interpret and comprehend the clinical and epidemiological aspects of metabolic syndrome. The study took place at the Virtual Medical Library online database, where some articles were selected from the *Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS)* database and from Scientific Electronic Library Online (SciELO), where several scientific articles on this topic were scrutinized. The research was conducted during the months of November and December 2012. By searching for references of the keyword *metabolic syndrome*, 144 entries were initially referenced; when we applied the criteria for inclusion within the study, only 10 articles remained. It was observed that there is quite a diversity of concepts related to the set of components of MS, but there is not a general agreement concerning a MS diagnosis due to the numerous controversies among the authors who were still unable to come to a reliable conclusion about the factors that comprise MS.

KEYWORDS: Obesity; Insuline resistance; Child.

INTRODUÇÃO

A síndrome metabólica (SM) é um conjunto de doenças que se relacionam aos riscos cardiovasculares e à obesidade e tem atingido índices preocupantes entre crianças de todo o mundo, despertando o interesse de estudiosos e clínicos em geral.

A SM é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular, usualmente relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina (BRANDÃO, et al., 2005); foi descrita pela primeira vez por Reaven em 1988 e, na ocasião, denominada Síndrome X. É definida como o conjunto de alterações metabólicas presentes no organismo que incluem resistência à insulina, intolerância à glicose, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicérides e diminuição do HDL (DE FERRANTI; OSGANIAN, 2007).



No adulto, a associação entre obesidade e doença coronariana está bem estabelecida (GUH, et al., 2009). Essa associação levou à criação do termo "síndrome metabólica" (SM) para definir a afecção daqueles indivíduos com mais chance de desenvolver eventos cardiovasculares devido a uma base fisiopatológica comum entre os componentes da síndrome, possivelmente orquestrada pela obesidade central (ECKEL, et al., 2005).

Se antes era considerada uma doença tipicamente de adulto, com o aumento das taxas de obesidade infantil e em adolescentes, a presença de síndrome metabólica ocorre em idades cada vez mais precoces (D'SOUZA-LI, 2009).

Estudos sugerem que a obesidade, já na infância e na adolescência, encontra-se associada a complicações metabólicas que compreendem principalmente a obesidade abdominal, hiperinsulinemia, dislipidemia e hipertensão arterial que, em conjunto, caracterizam a síndrome metabólica (CAPRIO, 2005), podendo permanecer na vida adulta (HALPERN; RODRIGUES, 2005; OLIVEIRA, et al., 2008).

A obesidade é considerada o maior fator de risco para anormalidades metabólicas e SM na população geral e está intimamente ligada a todos os outros fatores associados a essa síndrome (DE FERRANTI; OSGANIAN, 2007). Isto também pode ser notado na faixa etária pediátrica (MADEIRA, et al., 2008).

A obesidade na infância associa-se também a uma série de co-morbididades como dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, problemas psicossociais, alterações do metabolismo da glicose, problemas ortopédicos, apnéia do sono, síndrome dos ovários policísticos e esteatose hepática (WHO, 2007). O aumento dos casos de obesidade infantil teve início nos anos 70 e continua até hoje, de modo que se observa um incremento importante no peso médio das crianças de todas as classes socioeconômicas, grupos étnicos e raciais (KELISHAD, 2007).



Estudos nacionais sobre prevalência de Síndrome Metabólica, no Brasil, ainda são escassos, não existindo consenso sobre critérios e pontos de corte a serem utilizados, os quais variam de estudo para estudo (ANTUNES et al., 2006; FERREIRA et al., 2007).

Mediante o exposto, e observando que a obesidade está sendo considerada uma doença crônica e epidêmica, pois vem apresentando um rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, e está relacionada com uma alta taxa de morbimortalidade, questionou-se o que a literatura médico científica tem escrito a respeito da síndrome metabólica na infância na última década.

Neste sentido, este estudo objetivou revisar na literatura atual os aspectos clínicos e epidemiológicos referentes à síndrome metabólica em crianças.

METODOLOGIA

A pesquisa é uma revisão sistemática da literatura, foi realizada na base de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionados artigos na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), consultando-se artigos científicos referentes ao tema, optou-se por este banco de dados pela facilidade de acesso aos artigos por download. A pesquisa foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2012.

Foi utilizada a palavra chave *síndrome metabólica* a fim de selecionar os artigos científicos. Como critérios de inclusão foram considerados artigos que tratassem de seres humanos na faixa etária de 0 a 10 anos e publicados no período de 2002 a 2012. Foram excluídas publicações que envolviam animais, faixa etária superior a 10 anos e publicações como ensaio clínico, relato de caso, publicações em livro ou congresso, por



dificuldade de acesso à essas obras. Assim foram selecionados inicialmente 144 artigos, quando refinados mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 10 artigos, os quais foram revisados. Todos os artigos foram arquivados em um computador pessoal (PC) e em formato PDF, de modo que fosse mais fácil elencá-los e consultá-los com segurança.

Os resultados obtidos foram organizados por fonte, ano de publicação, tipo de estudo e por temáticas específicas em quadros. Para condensar os temas abordados na literatura sobre síndrome metabólica em crianças, foram analisados os tópicos: (1) componentes da síndrome metabólica entre adultos e crianças, (2) diagnóstico para síndrome metabólica entre crianças, (3) características clínicas diferenciais para o diagnóstico entre crianças, (4) características epidemiológicas e (5) incidência da síndrome entre crianças.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quadro 1- Descrição dos componentes da síndrome metabólica entre adultos e crianças, conforme revisão de literatura (n=10), 2013

Estudos	Fonte	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Componentes da Síndrome Metabólica entre Adultos	Componentes da Síndrome Metabólica entre Crianças
1	Arq. Bras. Cardiol	2008	Estudo Transversal	Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Hiperglicemia,	Doenças Cardiovasculares, Anormalidades Lipídicas,



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

				DM2, Doenças Cardiovascula r	Distúrbios da Pressão Arterial, Sobrepeso.
2	Jornal da Pediatria	2010	Revisão de Literatur a	Obesidade Central, Doenças Coronarianas e Cardiovascula res.	Alimentos com Alto teor Calórico, Sedentarismo e Obesidade.
3	Jornal da Pediatria	2011	Estudo Descritiv o	Doença Hepática Gordurosa não Alcoólica (DHGNA).	Esteatose Hepática Leve, Obesidade, redução do HDL, Hipertrigliceride mia, Pressão Arterial, Circunferência Abdominal.
4	Revista de Nutrição	2004	Estudo Descritiv o	_____	Resistência a Insulina, Dislipidemia, Alteração Trombogênica,



Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

					Hiperuremia, Pressão Arterial.
5	Rev. Bras. Epidemiol	2008	Revisão de Literatur a	_____	Resistência a Insulina, Tolerância a Glicose, Doenças Cardiovasculares , Dislipidemia, Pressão Arterial.
6	Scientia Medica	2008	Revisão de Literatur a	Doenças Coronarianas e Obesidade Central.	Predisposição Genética, Sedentarismo e Alimentação Inadequada.
7	Arq. Bras. EndocrinolMet ab.	2011	Revisão de Literatur a	Obesidade Central.	Riscos de Doenças Cardiovasculares .
8	Arq. Bras. Cardiol	2010	Estudo Transver sal	_____	Dislipidemia, Resistência a Insulina, Pressão Arterial,
9	Arq. Bras. EndocrinolMet ab.	2011	Revisão de Literatur a	_____	Intolerância a Glicose, Alteração na Pressão Arterial,



Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças

					Mortalidade Cardiovascular.
10	AnAcad. Bras. Científica	2007	Revisão de Literatura	Obesidade, Riscos Cardiovasculares e Resistência a Insulina.	DM2, Doenças Cardiovasculares

As características clínicas expostas no quadro acima relatam os componentes da Síndrome Metabólica em adultos e crianças, na literatura revisada.

Acreditamos que o desenvolvimento de algumas alterações descritas no quadro 1, podem se iniciar na gestação devido a predisposição genética e hábitos alimentares irregulares.

Após o nascimento as crianças podem desenvolver hábitos alimentares irregulares e o sedentarismo (SINAIKO, 2007), ocasionando o excesso de peso ou obesidade, mesmo que essas crianças percam peso, pois o nosso organismo tem células que possuem uma memória interna que serve como forma de armazenamento de informações, quando as crianças perdem peso, às células gordurosas armazenadas ficam sendo liberadas e causando oscilação no peso da criança o que gera dificuldade para controlar o peso normal, essa oscilação pode se percutir na vida adulta (MISRA; KHURANA, 2008).

De acordo com o quadro 1, em se tratando de Doença Hepática Gordurosa não Alcoólica (DHGNA), como um fator semelhante entre adultos e crianças para SM, foi identificado em apenas um artigo tal semelhança. Neste sentido, conforme (FESTI, et al., 2004), a Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA) se desenvolve em adultos como uma inflamação devido ao excesso de gorduras ingeridas ao longo da vida; ao mesmo tempo, o autor cita que a esteatose hepática leve pode se desenvolver na criança,



também relacionada a má alimentação e vinculada ao aumento da circunferência abdominal, dado a hepatomegalia consequente a este quadro.

Ao contrário desta opinião, Reaven 2004, afirma que a resistência à insulina e a adiposidade são elementos subjacentes da SM, mas seu efeito conjunto no aparecimento de outros elementos da síndrome permanece indefinido, ou seja, a combinação desses elementos não define a SM.

Em se tratando de fatores metabólicos como dislipidemias e alterações na pressão arterial, foram identificadas que há uma maior concordância entre os autores no que se refere a estes fatores de risco para o desenvolvimento da SM em crianças, muito mais do que entre adultos, pois foi visto em pelo menos cinco artigos diferentes (SCHWIMMER, et al., 2009; OLIVEIRA, et al., 2004; CIOLAC, GUIMARÃES 2004; CHEN, BERENSON 2007; WEISS, et al., 2004) esta característica. Percebe-se que os veículos científicos onde tal característica foi abordada têm algumas particularidades, pois foram publicados em diferentes anos, para classes profissionais também diferentes (cardiologistas, pediatras, nutricionistas, epidemiologistas e endocrinologistas), e apesar disto, concordam em suas opiniões.

A presença de alterações metabólicas (resistência à insulina, dislipidemia, hipertensão, alterações trombogênicas, hiperuricemia) na infância e adolescência pode contribuir para o desenvolvimento da SM, já que estudos longitudinais clássicos mostram uma forte associação entre o excesso de peso nas primeiras décadas de vida e a alta taxa de morbimortalidade na vida adulta por doenças cardiovasculares (OLIVEIRA, et al., 2004).

Chamamos particular atenção para o fato de que dois artigos citam a presença de alimentos com alto teor calórico na dieta da criança além do sedentarismo, como um fator integrante da SM. Esta característica é apontada por grande parte da literatura como um fator de risco para obesidade, no entanto, apesar de não representar a maioria, estes autores (MISRA, KHURANA 2008; GOTTLIEB, et al., 2008) apontam os maus hábitos



alimentares e o sedentarismo como uma característica da síndrome entre crianças, o que não é apontado entre adultos.

A disponibilidade de alimentos com alto teor calórico e o sedentarismo decorrente da inatividade relacionada às horas de uso de televisão, jogos eletrônicos e computadores são algumas das causas do aumento do número de crianças obesas (MISRA; KHURANA 2008).

Quadro 2- Descrição do diagnóstico para síndrome metabólica entre crianças, conforme revisão de literatura (n=10), 2013.

Estudos	Fonte	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Diagnostico de Síndrome Metabólica entre crianças
1	Arq. Bras. Cardil	2008	Estudo Transversal	Sobrepeso, Resistência a Insulina, Distúrbios da Pressão Arterial e Anormalidades Lipídicas.
2	Jornal da Pediatria	2010	Revisão de Literatura	Resistência a Insulina e Pressão Arterial.
3	Jornal da Pediatria	2011	Estudo Descritivo	_____



4	Revista de Nutrição	2004	Estudo Descritivo	Hipertensão Arterial e Dislipidemia.
5	Rev. Bras. Epidemiol	2008	Revisão de Literatura	Dislipidemia, Resistência a Insulina, DM2.
6	Scientia Medica	2008	Revisão de Literatura	_____
7	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	DM2 e Hipertensão Arterial.
8	Arq. Bras. Cardiol	2010	Estudo Transversal	Obesidade, Resistencia a Insulina, DM2, Dislipidemia e Pressão Arterial.
9	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	DM2, Resistencia a Insulina, Hipertensão Arterial.
10	An Acad. Bras. Cientifica	2007	Revisão de Literatura	DM2, Obesidade.

Observa-se que há um consenso entre a maioria dos artigos revisados. Eles concordam entre si, especialmente no que diz respeito à presença das dislipidemias e hipertensão arterial para a definição do diagnóstico de síndrome metabólica nas crianças.



Conforme exposto no quadro 1, foi identificado principalmente que a dislipidemia e a hipertensão arterial são fatores integrantes da SM entre crianças e adultos (WEISS, et al., 2004), o que se comprova na análise do quadro 2, evidenciado por uma concordância entre os autores (WEISS et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2004; CHEN, BERENSON 2007) no que diz respeito a influência das diversas dislipidemias e das alterações na pressão arterial para composição do diagnóstico de SM entre crianças. No entanto outros autores acrescentam que além desses fatores integrantes para SM também observa-se a resistência à insulina, DM2 e obesidade como componentes da SM em crianças (WEISS, et al., 2004; CIOLAC, GUIMARÃES 2004; CHEN, BERENSON 2007; MAFFEIS, 2001).

Chegou-se a um consenso quase que unânime entre os autores, que as crianças com SM desenvolvem alguns distúrbios metabólicos relativos à síndrome o que fundamenta o diagnóstico, mas em outro artigo (FUTUYMA, 2003), não se observou um consenso para o diagnóstico, no entanto foi sugerido que além de observar esses distúrbios, também é necessário investigar o estilo de vida de cada criança e adolescente para que se possa chegar ao diagnóstico de SM é preciso fazer algumas análises porque há uma crescente mudança no estilo de vida da criança se comparado com o adulto, um dado preocupante, pois crianças estão desenvolvendo doenças crônicas na fase inicial da sua vida comprometendo assim o seu estilo de vida.

É importante ressaltar que três artigos (OLIVEIRA, et al., 2008; WEISS, et al., 2004; LEONARD, et al., 2007) citados no quadro acima descrevem a DM2 e a resistência à insulina como componentes predisponentes para a SM.

Acreditamos que para compor o diagnóstico da SM, além de observar o conjunto de anormalidades clínicas, deve-se também investigar inicialmente os hábitos de atividade física e a alimentação da criança, através da anamnese, onde se deve atentar para a alta ingestão de alimentos.



Quadro 3- Descrição das características clínicas diferenciais para o diagnóstico de síndrome metabólica entre crianças, conforme revisão de literatura (n=10), 2013.

Estudos	Fonte	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Características clínicas diferenciais
1	Arq. Bras. Cardiol	2008	Estudo Transversal	Obesidade
2	Jornal da Pediatria	2010	Revisão de Literatura	Dislipidemia Aterogênica
3	Jornal da Pediatria	2011	Estudo Descritivo	Esteatose Hepática não Alcoólica
4	Revista de Nutrição	2004	Estudo Descritivo	Alterações Trombogênicas
5	Rev. Bras. Epidemiol	2008	Revisão de Literatura	Intolerância a Glicose
6	Scientia Medica	2008	Revisão de Literatura	Predisposição Genética
7	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	Riscos Cardiovasculares
8	Arq. Bras. Cardiol	2010	Estudo Transversal	Resistência a Insulina
9	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	Cortisol Plasmático Elevado



10	An Acad. Bras. Científica	2007	Revisão de Literatura	Diabetes Mellitus Tipo 2
----	------------------------------	------	--------------------------	-----------------------------

O quadro 3 expõe uma grande variedade de características clínicas diferenciais para o diagnóstico de Síndrome Metabólica entre crianças, de modo que, neste aspecto, não se observa importante concordância entre os artigos pesquisados.

Apenas um artigo citou a obesidade como uma característica clínica diferencial para o diagnóstico. Para Tonet; et al (2008) os organismos obesos, têm um fluxo maior de ácidos graxos livres (FFA) dietéticos e/ou endógenos na corrente sanguínea podendo levar à mobilização da gordura em direção ao compartimento abdominal, podendo ser formado pela alta ingestão de alimentos que causam a obesidade sendo subsequente de uma nutrição inadequada.

A obesidade em crianças além de induzir a formação de gorduras na região abdominal também pode estar associada a outras alterações metabólicas como as aterogênicas, trombogênicas e inflamatórias que apresentam maior risco para o desenvolvimento de doença coronariana também relacionada com a SM (CRUZ, et al., 2004, mas para Eckel; et al (2005), pode haver mais alguns fatores associado com a obesidade que é a dislipidemia aterogênica, alterações na pressão arterial e a resistência a insulina, com isso foram definidos os critérios que possibilitassem a identificação dos indivíduos com SM.

Nesta análise apenas um artigo citou a DHGNA, o qual explana que este é um componente diferencial para o diagnóstico da SM. Neste sentido, a identificação da SM com a esteatose hepática entre crianças e adolescentes se dá através da avaliação pela circunferência abdominal porque se observou que ela é um importante critério de diagnóstico (LEE, et al., 2006).

Um segundo artigo de revisão identifica a participação da resistência a insulina como um diagnóstico da SM, mas destaca a necessidade uma associação com outro



distúrbio como a obesidade que vai desencadear alguns parâmetros metabólicos que é parcialmente explicada pela resistência à insulina (MIRANDA, et al ., 2005).

Deve-se atentar para o crescente numero de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade acometidos porDM2, o que aumenta a probabilidade de diagnóstico da SM (RAYMOND, 2006).

Em concordância com o que foi relatado acima Weyer;et al (2001)enfatizam que o diabetes tipo 2 tem contribuído com mais de 30% dos novos casos de diabetes, mostrando uma possível relação do aumento da prevalência de obesidade infantil com o desenvolvimento da SM.

Quadro 4 - Descrição das características epidemiológicas da Síndrome Metabólica, conforme revisão de literatura (n=10), 2013.

Estudo	Fonte	Ano da Publicação	Tipo de Estudo	Características Epidemiológicas
1	Arq. Bras. Cardiol	2008	Estudo Transversal	Acomete mais crianças e adolescentes obesas em países desenvolvidos.
2	Jornal da Pediatria	2010	Revisão de Literatura	Acomete crianças e adolescentes com sobrepeso e obesas.
3	Jornal da Pediatria	2011	Estudo Descritivo	Acomete mais crianças menores



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

				de 10 anos do sexo masculino.
4	Revista da Nutrição	2004	Estudo Descritivo	Acomete mais crianças em países desenvolvidos e em desenvolvimento.
5	Rev. Bras. Epidemiol	2008	Revisão de Literatura	_____
6	Scientia Medica	2008	Revisão de Literatura	Acomete crianças entre 7 e 10 anos.
7	Arq. Bras. Endocrinol	2011	Revisão de Literatura	Acomete mais crianças e adolescentes.
8	Arq. Bras. Cardiol	2010	Estudo Transversal	Acomete mais crianças entre 7 e 11 anos.
9	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	Afeta crianças que nascem pequenos para idade gestacional.
10	An Acad. Bras. Científica	2007	Revisão de Literatura	Acomete crianças em países desenvolvidos e em desenvolvimento.



Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças

O quadro 4 revela que as características epidemiológicas da Síndrome Metabólica são descritas de diferentes formas entre os diversos autores, no entanto destaca-se a descrição da prevalência da SM entre crianças obesas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, além da prevalência entre menores de 10 anos.

No Brasil, país em desenvolvimento, foi observada a prevalência de excesso de peso de 16,7% em crianças (BRASIL, 2004).

A prevalência da obesidade infantil vem apresentando rápido aumento nas últimas décadas em todo o mundo, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia (MAcPHEE, 2008). Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que o sobrepeso e a obesidade já atingem mais de 20% das crianças e adolescentes, como em Recife, alcançando 35% dos escolares (BALABAN; SILVA, 2001).

No Brasil, também vem ocorrendo um fenômeno de transição nutricional nas últimas décadas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) têm evidenciado uma queda apreciável na prevalência dos desnutridos e um aumento expressivo no excesso de peso, sendo que nas regiões Sudeste e Nordeste, em 10 anos, as taxas de sobrepeso aumentaram 0,5% ao ano, e a prevalência de sobrepeso/obesidade evoluiu de 4,15% (IBGE, 2005).

Quadro 5 - Descrição da incidência da Síndrome Metabólica, conforme revisão de literatura (n=10), 2013.

Estudo	Fonte	Ano da Publicação	Tipo de Estudo	Incidência da Síndrome Metabólica
1	Arq. Bras. Cardiol	2008	Estudo Transversal	7,7% de crianças obesas



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

2	Jornal da Pediatria	2010	Revisão de Literatura	20,9% de adolescentes com sobrepeso e 5% de crianças obesas.
3	Jornal da Pediatria	2011	Estudo Descritivo	Crianças e Adolescentes do sexo masculino obesas variam de 24% a 72,7%
4	Revista de Nutrição	2004	Estudo Descritivo	De 4,1% a 13,9% de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesos.
5	Rev. Bras. Epidemiol	2008	Revisão de Literatura	_____
6	Scientia Medica	2008	Revisão de Literatura	Refere que a incidência é desconhecida.
7	Arq. Bras. EndocrinolMetab	2011	Revisão de Literatura	17,3% de crianças (Brasileiras)
8	Arq Bras. Cardiol	2010	Estudo Transversal	7,7% a 10,6% de crianças com sobrepeso e obesas.



Aspectos clínicos e epidemiológicos da síndrome metabólica em crianças

9	Arq. Bras. EndocrinolMetab.	2011	Revisão de Literatura	Refere que a incidência é desconhecida.
10	An Acad. Bras. Científica	2007	Revisão de Literatura	Refere que a incidência é desconhecida.

Observamos, a partir da análise do quadro 5, que a incidência da Síndrome Metabólica entre crianças ainda é desconhecida por alguns autores e os índices variam conforme a descrição de outros autores, no entanto é possível observar incidência de mais de 7% de SM em crianças para grande parte da literatura pesquisada, com destaque para 17,3% para a população infantil brasileira.

Destacamos a importância de se conhecer as características epidemiológicas e incidência da SM infantil para subsidiar o enfrentamento de tal agravo, visto que a cronicidade da síndrome tende a se estender pela vida adulta.

Estudos epidemiológicos mostraram uma associação entre o crescimento na incidência de doenças crônicas, com a diminuição do tempo de vida livre de doenças, à medida que ocorreu um aumento do índice de massa corporal (IMC) concomitantemente com um estado de hiperinsulinemia da população (REAVEN, et al., 2005). Este estudo em crianças obesas mostrou que grande parte dessas crianças, além de obesidade, já apresenta pelo menos mais um fator de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular.

Ainda nesta perspectiva, um interessante estudo realizou uma estimativa das consequências futuras da epidemia de obesidade observada nos adolescentes atuais. Mediante a estimativa da prevalência de obesos nos EUA, os pesquisadores concluíram que, em 2035, a prevalência de doença coronariana crescerá em 5 a 16%, sendo que um



excedente de 100.000 casos será atribuído ao aumento da obesidade (BIBBINS-DOMINGO, et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma diversidade de conceitos relacionados ao conjunto de componentes da SM, mas ainda não há um consenso sobre os componentes para um diagnóstico de SM, devido às inúmeras controversas entre os autores que não chegaram a um estudo fidedigno sobre os fatores de risco que compõe a SM, sendo relacionado ao diagnóstico diferenciado em adulto e crianças. Podemos observar que a maioria dos autores entram em concordância relatando que para se diagnosticar uma SM é necessário que alguns distúrbios metabólicos estejam ligados com a obesidade, especialmente como a resistência a insulina, DM2, dislipidemia e alterações da pressão arterial.

Há uma prevalência preocupante relacionada ao crescimento da obesidade em crianças que trás consequências para o seu crescimento e desenvolvimento, evidenciada pelas consequências maléficas da SM, no entanto a incidência da SM ainda não é completamente conhecida.

Para caracterizar a SM em crianças é necessário que haja mais estudos exploratórios com um acompanhamento eficaz na área de investigação de crianças e adolescentes para que haja uma conclusão fidedigna deste assunto devido a sua importância e atual significado epidemiológico.

REFERÊNCIAS

ANTUNES H, RESENDE D, PAIVA M, SANTOS C. Metabolic Syndrome in a paediatric obese population by the IDF new criteria. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2006; 42:9-10.



BALABAN G, SILVA GAP. Prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **J Pediatría** 2001; 77(2):96-100.

BIBBINS-DOMINGO K, COXSON P, PLETCHER MJ, LIGHTWOOD J, GOLDMAN L. Adolescent overweight and future coronary heart disease. **N Engl J Med.** 2007;357:2371-9.

BRANDÃO AP, NOGUEIRA AR, OLIVEIRA JE, GUIMARÃES JI, SUPPLY H, BRANDÃO AA (coord) /Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arq Bras Cardiol.** 2005; 84(1):1-28.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2004. [http:// ibge.gov.br](http://ibge.gov.br). Acesso: 4/9/2008.

CAPRIO S. Definitions and pathophysiology of metabolic syndrome in obese children and adolescents. **Int J Obes.** 2005; 29 (suppl 2): s24-s25.

CHEN W, BERENSON GS. Metabolic syndrome: definition and prevalence in children. **J Pediatr.** 2007; 83:3-11.

CIOLAC GM, GUIMARÃES GV. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte** 2004; 10(4): 319-23.

CRUZ ML, WEIGENSBERG MJ, HUANG TT, BALL G, SHAIPI GQ, GORAN MI. The metabolic syndrome in overweight Hispanic youth and the role of insulin sensitivity. **J Clin Endocrinol Metab.** 2004; 89 (1): 108-13.

D'SOUZA-LI, L. **Síndrome metabólica e obesidade: é melhor prevenir desde a infância.** **ComCiência** n.109. Campinas, 2009. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/scielo>>.

ECKEL RH, GRUNDY SM, ZIMMET PZ. The metabolic syndrome. **Lancet.** 2005; 365: 1412-28.

FERRANTI, S. D; OSGANIAN, S. K. DE Epidemiology of pediatric metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. **DiabVasc Dis Res.** 2007; 4:285-96.

FERREIRA, A. P; OLIVEIRA, C. E, FRANCA, N. M. Metabolic syndrome and risk factors for cardiovascular disease in obese children: the relationship with insulin resistance (HOMA-IR). **J Pediatr (Rio J)** 2007; 83:21-6.



FESTI D, COLECCHIA A, SACCO T, BONDI M, RODA E, MARCHESINI G. Hepatic steatosis in obese patients: clinical aspects and prognostic significance. **Obes Rev.** 2004; 5:27-42.

FUTUYMA DJ. **Biologia evolutiva.** 2ª ed. Ribeirão Preto: SBG; 2003.

GOTTLIEB MG, CRUZ IBM, BODANESE LC. Origin of the metabolic syndrome: genetic, evolutionary and nutritional aspects. *Scientia Medica*, Porto Alegre v.18, n.1, p.31-38, jan./mar. 2008.

GUHDP, ZHANG W, BANSBACK N, AMARSI Z, BIRMINGHAM CL, ANIS AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health.** 2009; 9:88.

HALPERN, Z.S.C, RODRIGUES, M.D.B. Síndrome metabólica na infância e adolescência. In: GODOY-MATOS, A.F. **Síndrome metabólica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos do estado nutricional no Brasil.** 2005 Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: Nov 24, 2006.

KELISHAD, R. Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. **Epidemiol Rev.** 2007; 29:62-76.

LEE S, BACHA F, ARSLANIAN SA. Waist circumference, blood pressure, and lipid components of the metabolic syndrome. **JPediatr.** 2006;149:809-16.

LEONARD WR, SNODGRASS JJ, ROBERTSON ML. Effects of brain evolution on human nutrition and metabolism. **Annu Rev Nutr.** 2007;27:311-27.

MACPHEE M. Global childhood obesity: how to curb an epidemic. **JPediatrNurs.** 2008; 23:1-4.

MADEIRA IR, CARVALHO CN, GAZOLLA FM, MATOS HJ, BORGES MA, BORDALLOMA. Cut-off point for Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance (HOMA-IR) index established from Receiver Operating Characteristic (ROC) curve in the detection of metabolic syndrome in overweight pre-pubertal children. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** 2008 Dec; 52(9):1466-73.



MAFFEIS C, PIETROBELLI A, GREZZANI A, PROVERA S, TATOL L. Waist circumference and cardiovascular risk factors in prepubertal children. **Obes Res.** 2001; 9(3):179-87

MIRANDA PJ, DEFRONZO RA, CALIFF RM, GUYTON JR. Metabolic syndrome: definition, pathophysiology, and mechanisms. **AmHeart J.** 2005;149:33-45.

MISRA A, KHURANA L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. **J ClinEndocrinolMetab.** 2008; 93:S9-30.

OLIVEIRA AC, OLIVEIRA AM, ADAN L, OLIVEIRA N, SILVA A, LADEIA A. C-reactive protein and metabolic syndrome in youth: A strong relationship? **Obesity (Silver Spring)** 2008; 16(5): 1094-1098.

OLIVEIRA CL, MELLO MT, CINTRA IP, FISBERG M. Obesity and metabolic syndrome in infancy and adolescence: Rev. Nutr., Campinas, 17(2): 237-245, abr/jun., 2004.

RAYMOND SU, LEEDER S AND GREENBERG HM. Obesity and cardiovascular disease in developing countries: a growing problem and an economic threat. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care** 2006. 9: 111-116.

REAVEN GM. Insulin resistance, cardiovascular disease, and the metabolic syndrome: how well do the emperor's clothes fit? **Diabetes Care.** 2004; 27 (4): 1011-2.

REAVEN PD, TRAUSTADÓTTIR T, BRENNAM J, NADER PR. Cardiovascular risk factors associated with insulin resistance in children persist into late adolescence. **Diabetes Care.** 2005;28:148-50.

SCHWIMMER JB, DEUTSCH R, RAUCH JB, BEHLING R, NEWBURY R, SPICUZZA L, LEONARDI S, LA ROSA M. Pediatric sleep apnea: early onset of the "syndrome" **Sleep Med Rev.** 2009; 13:111-22.

SINAIKO, A. Obesity, insulin resistance and the metabolic syndrome. **J Pediatr (Rio J)** 2007;83:3-4.

TONET AC, KARNIKOWSKI M, MORAES CF, GOMES L, KARNIKOWSKI MG, CORDOVA C, et al. Association between the -174 G/C promoter polymorphism of the



interleukin-6 gene and cardiovascular disease risk factors in Brazilian older women. **Braz J Med Biol Res.** 2008; 41(1): 47-53.

WEISS R, DZIURA J, BURGERT TS, TAMBORLANE WV, TAKSALI SE, YECKEL CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. **N Engl J Med.** 2004; 350 (23): 2362-74.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular Diseases.** 2007. Consult 23 Out 2008.

Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

WEYER C, TATARANNI PA, BOGARDUS C, PRATLEY RE. Insulin resistance and insulin secretory dysfunction are independent predictors of worsening of glucose tolerance during each stage of type 2 diabetes development. **Diabetes Care.** 2001; 24 (1): 89-94.



Artigo

Assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato

Nursing care patient immediate postoperative

Dalvani do Nascimento Martins¹
Cristina Costa Melquiades Barreto²
Geane Gadelha de Oliveira³
Elainy Maria Dias Medeiros⁴

RESUMO – A assistência de enfermagem no período do pós-operatório imediato é muito importante para se prevenir e tratar complicações advindas do procedimento cirúrgico, mesmo por menor que seja os riscos de complicações sempre estarão presentes. A prevenção destas complicações promove uma rápida recuperação, evita infecções, reduz gastos, poupa tempo, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente. Este estudo teve como objetivos Descrever a assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório imediato, identificar as principais ações do profissional enfermeiro além de descrever as principais dificuldades enfrentadas por estes profissionais. Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O local de estudo foi o Hospital Regional de Patos Deputado Janduy Carneiro. A coleta dos dados ocorreu no mês de abril de 2013. A população estudada foi 10 enfermeiros que trabalham na enfermaria pós-cirúrgica do referido hospital. O estudo verificou que são inúmeras as dificuldades vivenciadas pelos profissionais neste setor podendo ser destacado a *falta de materiais e a demanda de pacientes*, como fatores que podem contribuir para a redução da qualidade do atendimento. A atuação enfermeiro no Clínica cirúrgica tem se tornado mais complexa, cabendo a este profissional integrar as atividades técnicas, administrativas, assistencial, de ensino e pesquisa. Essa dificuldade tende a perdurar à medida que as instituições de saúde não compreendem a importância do enfermeiro na assistência do cliente cirúrgico, acarretando um desvio de sua função assistencial para a gerencial. É evidente a importância da assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório, ficando explícita as condutas a serem desenvolvidas por ele nesta fase, sendo assim a equipe de enfermagem tem um importante papel na recuperação do paciente evitando assim danos a saúde do paciente.

DESCRITORES: Assistência. Cuidados Pós-Operatórios. Enfermagem.

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

³ Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP)

⁴ Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP)



ABSTRACT – Nursing care in the post-operative period is very important to prevent and treat complications from the surgery, even if no matter how small the risk of complications will always be present. Prevention of these complications promotes rapid recovery, prevents infections, reduces costs, saves time, worry, alleviates pain and increases patient survival. This study aimed to describe the nursing care of patients in the immediate postoperative period, identify the main actions of professional nurses and describe the main difficulties faced by these professionals. This is a survey of descriptive and exploratory, with quantitative and qualitative approach. The study was performed at the Hospital Regional de Patos Janduy Carneiro. Data collection occurred in April 2013. The study population was 10 nurses working in the ward after surgery at the same hospital. The study found that several difficulties experienced by professionals in this sector can be highlighted the lack of materials and patient demand, as factors that may contribute to reduced quality of care. The acting nurse in surgical Clinic has become more complex, fitting this professional integrate the technical activities, administrative, healthcare, education and research. This difficulty tends to linger as health institutions do not understand the importance of nurses in the care of surgery patients, causing a diversion of its function for managerial assistance. Clearly the importance of nursing care to the patient postoperatively, getting noticeably spells out the actions to be undertaken by him at this stage, so the nursing staff have an important role in the recovery of the patient thus avoiding damage to the patient's health.

KEYWORDS: Assistance. Nursing. Postoperative Care.

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório vem sendo bastante discutida atualmente, devido a sua importância na melhora e recuperação do paciente, contribuindo assim para a redução do tempo de internação e reduzindo possíveis complicações que o processo cirúrgico possa trazer.

O centro cirúrgico é considerado uma das unidades mais complexas em um hospital, isso se dá pela sua especificidade, presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica (POSSARI, (2009).

As funções do enfermeiro no centro cirúrgico foram evidenciadas principalmente a partir do ano de 1976, onde o enfermeiro passou a prestar uma assistência mais



sistematizada, pois não só passa a assistir o paciente na fase transoperatória, como também na fase perioperatória que engloba à mesma, dando ao paciente um melhor tratamento, pois se o enfermeiro acompanha todas as fases, que são: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, ele ainda é mais capaz de prestar um atendimento eficaz (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Timby e Smith (2005), descrevem o pós operatório como sendo o tempo que o paciente fica se recuperando dos efeitos da anestesia, podendo alguns fatores interferir nesse período tais como, idade e o estado nutricional, doenças preexistentes, tipo de procedimento cirúrgico e duração da anestesia podem afetar o tipo de assistência que o profissional enfermeiro pode prestar. (CARVALHO; BIANCHI, 2007).

Para Carvalho e Bianchi (2007), o período do pós-operatório imediato compreende as primeiras 24 horas após o procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo o tempo de permanência na sala de recuperação anestésica.

De acordo com Galvão (2002), no pós-operatório a equipe de enfermagem tem que está preparada para possíveis complicações que possam vir acontecer nesse período. A complexidade de ações e a inter-relação das três fases da experiência cirúrgica do paciente, justifica-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a utilização de conhecimento técnico científico para esse embasamento.

Para Mendes e Bastos (2003), a enfermagem vivencia grandes desafios na sua prática assistencial, entre eles o desenvolvimento do processo de trabalho de enfermagem. Entre os grandes desafios podemos destacar o pensamento crítico para o exercício de uma prática de maneira segura e eficiente.

Diante do exposto surgiu o questionamento como é a assistência de enfermagem prestada ao paciente no pós-operatório? Assim este trabalho buscou descrever a assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório imediato. A escolha pelo tema surgiu a partir do nosso convívio com estes profissionais no ambiente hospitalar,



observando a assistência de enfermagem prestadas ao paciente no pós operatório imediato.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Cervo e Bervian (2002), os estudos exploratórios elaboram hipóteses, limitando-se apenas a definir objetivos e colher informações sobre determinado assunto. O local de estudo foi o Hospital Regional de Patos Deputado Janduy Carneiro. A coleta dos dados ocorreu no mês de abril de 2013. A população estudada foi 10 enfermeiros que trabalham na enfermaria pós-cirúrgica do referido hospital. A amostra foi feita com dos 100% dos entrevistados que se dispuseram a participar da pesquisa, bem como se incluíam nos seguintes critérios de inclusão: estar presente no local e hora determinados para a coleta de dados, e trabalhar na enfermaria pós-cirúrgica. Foram excluídos todos os profissionais que estiveram de férias ou afastados do serviço no período da coleta de dados. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, fundamentado na literatura pertinente, contemplando os dados sociodemográficos da amostra e objetivos do estudo. A abordagem quantitativa dos dados representaram as informações pessoais das participantes, obtidas segundo as perguntas objetivas sendo representados por meio de tabelas, gráficos e quadros. A abordagem qualitativa representou a análise através do conteúdo das falas dos participantes à luz da literatura pertinente, a avaliação qualitativa trata-se daquela que busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações (MINAYO, 2011). O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos - FIP, sob o protocolo nº 158/2012, respeitando às observâncias éticas descritas na Resolução nº: 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos enfermeiros, (n=10), Patos – PB, 2013.

CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICAÇÕES	<i>f</i>	%
Gênero	Masculino	2	20
	Feminino	8	80
Faixa etária	18 a 28 anos	5	50
	29 a 38 anos	3	30
	39 a 48 anos	2	20
	49 a 58 anos	-	-
	Mais de 59 anos	-	-
Tempo de formação	Menos de 5 anos	7	70
	Entre 5 e 15 anos	2	20
	Mais de 15 anos	1	10
Nível de formação profissional	Apenas graduação	3	30
	Especialização	7	70
	Mestrado	-	-
	Doutorado	-	-
Tempo de atuação na clínica cirúrgica	Menos de 1 ano	4	40
	Entre 1 a 5 anos	5	50



	Mais de 5 anos	1	10
TOTAL	-	10	100

Fonte: Dados do pesquisador 2013

No decorrer da tabela 1, verifica-se que quanto ao gênero o nosso estudo apresentou os seguintes resultados 2 (20%) dos entrevistados são do sexo masculino, enquanto que 8 (80%) do sexo feminino. Podemos assim afirmar que o nosso estudo segue a tendência de outros no que diz respeito à prevalência do profissional do gênero feminino na enfermagem.

Dados recentes confirmam nossa pesquisa, pois de acordo com a Comissão de Business Intelligence (2011), no Brasil no ano de 2010 existiam 1.449.583 profissionais de enfermagem cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Desse total 287.119 (19,81%) profissionais correspondiam à categoria dos enfermeiros. Sendo que 87,24% eram do sexo feminino.

Tal afirmação é complementada por Maslach et al (2001), os autores relatam que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, já que a mulher tem o perfil suscetível para desempenhar com maior êxito as atividades que têm como principal função cuidar, ajudar, promover a satisfação do indivíduo no sentido de aliviar a dor, o trauma, o sofrimento.

No que diz respeito a faixa etária observamos que 5 (50%) informaram ter idade entre 18 e 28 anos, 3 (30%) 29 e 38 anos e apenas 2 (20%) faixa etária entre 39 e 48 anos. Quanto a faixa etária verifica-se que a metade da população aqui em estudo é caracterizada como jovem, isso é importante para o atendimento, já que subentende-se que por serem jovens os mesmos terão mais oportunidades de buscarem novos conhecimentos e capacitações voltadas para o acolhimento e assistência prestada ao paciente admitido na clínica cirúrgica.

Em estudo sensitivo realizado no Brasil a Comissão de Business Intelligence (2011), obteve os seguintes resultados, os profissionais de enfermagem concentram-se na



faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 à 35 anos, a qual representa 35,98% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil.

Quanto ao tempo de formação nota-se que 5 (50%) informaram possuir menos de 5 anos de formação, 2 (20%) entre 5 e 15 anos e apenas 1 (10%) mais de 15 anos. Podemos verificar através do estudo que a metade da população em estudo no quesito tempo de formação pode ser encaixada como recém formada. Gonçalves, Pedrosa e Santos (2012) ressaltam que os profissionais recém-formados no mercado de trabalho podem apresentar fragilidades em relação às expectativas, porém podem contribuir para a atuação de profissionais motivados.

Já quanto ao nível de formação profissional observa-se que 3 (30%) relataram possuir apenas a graduação, em contrapartida 7 (70%) disseram possuir título de especialista.

No quesito tempo de atuação na clínica cirúrgica verifica-se que 4 (40%) informaram ter menos de 4 anos de atuação, 5 (50%) entre 1 e 5 anos e 1 (10%) mais de 5 anos. Nosso estudo mostra um dado importante quanto ao tempo de atuação na clínica cirúrgica podemos afirmar que em relação ao tempo a maioria dos entrevistados são considerados experientes na função neste setor, subtende-se que quanto mais tempo tiver o profissional no ambiente de trabalho melhor será a assistência prestada ao paciente. Contrariando a nossa afirmação Pinto e Santos (2007) fazem uma importante afirmativa em seu estudo quando relatam que nem sempre os profissionais mais antigos nos serviços de saúde são os mais eficientes; o importante não é o tempo em que as pessoas trabalham, mas seu grau de maturidade e adaptação na equipe.



Quadro 1 – Descrição das falas dos enfermeiros a respeito da importância da assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório, (n=10), Patos – PB, 2013.

Questionamento	Depoimento dos entrevistados
<p>Sob sua visão qual a importância da assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório?</p>	<p><i>“Uma boa assistência irá contribuir para a recuperação do paciente”. Sujeito 1,</i></p> <p><i>“É importante para que ele possa conseguir se adaptar com os episódios que acontecem no pós operatório”. Sujeito 2</i></p> <p><i>“Importante para observar possíveis sinais de complicações”. Sujeitos 3, 4,</i></p> <p><i>“Atender as necessidades básicas, proporcionando alívio da dor e do desconforto e prevenção de complicações pós-operatórias”. Sujeito 5</i></p> <p><i>“É importante o acompanhamento do paciente ao retorno após a cirurgia, localização, sinais vitais, diurese, dieta, cuidados intensivos”. Sujeito 6</i></p> <p><i>“É importante pois através da assistência que o paciente terá uma</i></p>



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

	<p><i>considerável melhora no quadro clínico". Sujeito 7</i></p> <p><i>"É essencial para o restabelecimento das condições físicas e psicológicas do paciente". Sujeito" 8</i></p> <p><i>"É de suma importância pois evita complicações como previne". Sujeito 9</i></p> <p><i>"É indispensável para uma boa qualidade, uma visão holística e humanizada contribuem para uma boa recuperação do quadro clínico". Sujeito 10</i></p>
--	--

Fonte: Dados do pesquisador 2013



Assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato

O quadro 1 traz informações importantes quanto a assistência de enfermagem ao paciente no pós operatório, podemos afirmar que os sujeitos em estudo seguem um roteiro satisfatório quanto a importância da assistência, vale salientar que quanto a abordagem aqui mediada é imprescindível que assistência esteja embasada em um atendimento holístico centralizado na recuperação do paciente, evitando assim possíveis complicações que possam surgir no pós cirúrgico.

Possari, (2009), ressalta a fala dos entrevistados no quadro acima, o autor destaca que assistência de enfermagem no período do pós-operatório imediato é muito importante para se prevenir e tratar complicações advindas do procedimento cirúrgico, mesmo por menor que seja os riscos de complicações sempre estarão presentes. A prevenção destas complicações promove uma rápida recuperação, evita infecções, reduz gastos, poupa tempo, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida do paciente

Quadro 2 – Descrição do conteúdo das falas dos enfermeiros a respeito das dificuldades encontradas no desenvolvimento da assistência ao paciente no pós operatório imediato, (n=10), Patos – PB, 2013.

Questionamento	Depoimento dos entrevistados
Quais as principais dificuldades encontradas por você no desenvolvimento da assistência?	<i>“Falta de materiais”. Sujeitos 1, 4,</i> <i>“São muitos os recurso, e os materiais são poucos”. Sujeito 2</i> <i>“Falta de capacitação profissional”. Sujeito 3</i>



	<p><i>“Assistência médica, já que os mesmos “médicos” não fazem seu papel”. Sujeito 4</i></p> <p><i>“Não tenho dificuldades em prestar assistência no pós-operatório”. Sujeito 5</i></p> <p><i>“Nenhuma”. Sujeito 6, 7, 8</i></p> <p><i>“Além da demanda de pacientes, a parte burocrática dificulta na melhor assistência de enfermagem”. Sujeitos 9</i></p> <p><i>“Falta de material e Falta de tempo”. Sujeito 10</i></p>
--	--

Fonte: Dados do pesquisador 2013

Ao observarmos a fala exposta pelos profissionais entrevistados no quadro 2, verificamos que são inúmeras as dificuldades vivenciadas por eles neste setor, podendo ser destacado a *falta de materiais e a demanda de pacientes*, como fatores que podem contribuir para a redução da qualidade do atendimento.

Em seu estudo Medeiros (2007), ressaltou que a humanização da assistência é um processo amplo, de longa duração envolvendo várias mudanças dentre as quais; Conscientização da administração hospitalar em contratar novos profissionais, capacitar os mesmos e disponibilizar equipamentos necessários para o bom atendimento.



Nesse sentido Rizzoto (2002), revela que para que haja um atendimento humanizado é necessário condições de trabalho adequado, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competências para o cuidar.

Quadro 3 – Descrição do conteúdo das falas dos enfermeiros a respeito da assistência que prestada ao paciente no pós operatório imediato, (n=10), Patos – PB, 2013.

Questionamento	Depoimento dos entrevistados
Descreva a assistência que você presta ao paciente no pós operatório?	<p><i>“Verificação de Sinais vitais, avaliação de sinais de infecção nos curativo”s.</i> <i>Sujeitos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9</i></p> <p><i>“Assistência humanizada”. Sujeitos 2, 4</i></p> <p><i>“Avaliação do nível de consciência e curativos”. Sujeito 5</i></p> <p><i>“Orientação sobre a dieta, curativos, medicação etc”. Sujeito 6, 7</i></p> <p><i>“Controle hídrico”. Sujeito 8</i></p> <p><i>“Oriento quanto o processo cirúrgico, realizo punção venosa, procedimentos invasivos entre outros”. Sujeito 10</i></p>

Fonte: Dados do pesquisador 2013

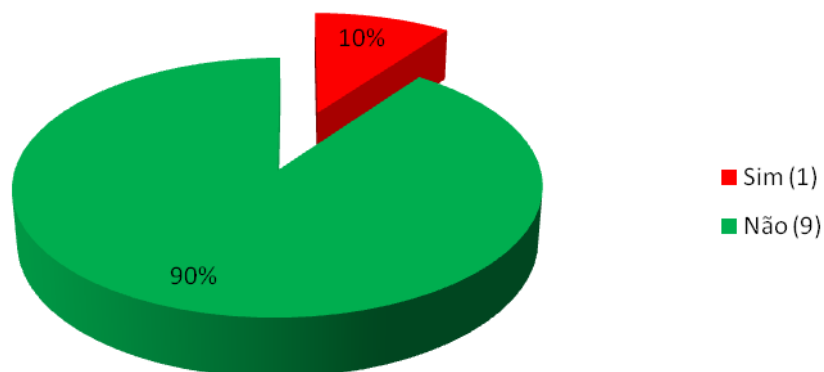


A assistência prestada ao paciente no pós-operatório é importante sendo necessária na promoção do bem estar do paciente na clínica cirúrgica, tal iniciativa é relatada em vários estudos e mostram que esse tipo de assistência contribui significativamente para o bom prognóstico do paciente.

A atuação do enfermeiro durante a estadia do paciente no pós-operatório imediato é prestar um atendimento mais humanizado, oferecendo ao paciente orientação sobre a cirurgia realizada e os possíveis efeitos da anestesia. O enfermeiro também deve avaliar as condições físicas e emocionais do paciente, e ao mesmo tempo realizar os procedimentos necessários para dar-lhe mais confiança em sua recuperação.

A atuação do enfermeiro na Clínica cirúrgica tem se tornado mais complexa, cabendo a este profissional integrar as atividades técnicas, administrativas, assistencial, de ensino e pesquisa. Essa dificuldade tende a perdurar à medida que as instituições de saúde não compreendem a importância do enfermeiro na assistência do cliente cirúrgico, acarretando um desvio de sua função assistencial para a gerencial (FONSECA e PENICHE 2009).

Gráfico 1 – Caracterização dos enfermeiros quanto a realização de capacitação voltada para a assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório, (n=10), Patos – PB, 2013.



Fonte: Dados do pesquisador 2013



No gráfico 1 observamos a questão inerente a realização de capacitação voltada para a assistência de enfermagem ao paciente no pós – operatório, podemos verificar que 1 (10%) enfermeiro relatou ter feito curso de capacitação voltada para a assistência no pós operatório, por outro lado 9 (90%) enfermeiros disseram não ter feito nenhum curso.

Segundo a resposta dos profissionais entrevistados observamos um importante déficit no que diz respeito à capacitação destes profissionais para cuidar de pacientes no pós operatório imediato. A educação continuada é importante e necessária para um bom atendimento quando falamos de cuidar em saúde, pois quanto maior for o nível de conhecimento do indivíduo melhor será o atendimento prestado por ele.

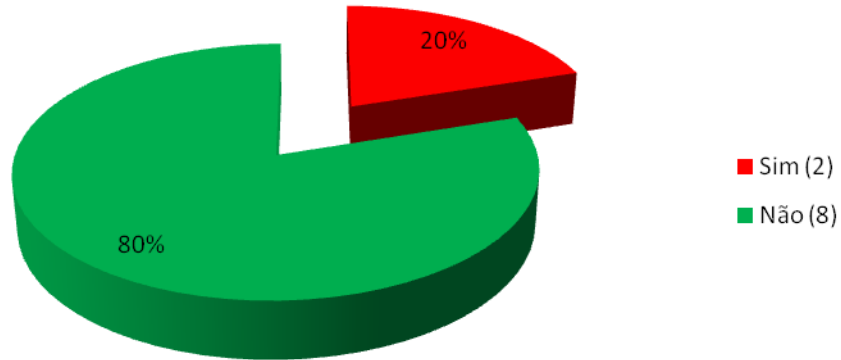
Paschoal, Mantovan, Méier (2007), falam que a educação continuada “Capacitação” é um conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência por atributo individual.

Henrique, Cavalheri e Pavani (2009), os autores acreditam que a consequência da sobrecarga nos serviços de saúde comprometa a educação continuada dos profissionais da saúde, prejudicando na assistência e na qualidade dos serviços.

Dessa forma acreditamos que a falta de capacitação nessa área possa ser atribuída a jornada de trabalho vivenciada pelos profissionais da enfermagem, como sabemos esse é um problema que vem sendo discutido ultimamente sendo até exposto a importância da redução da mesma, resta saber ser com a redução da jornada de trabalho sendo posta em prática os profissionais irão buscar nas horas vagas cursos de aperfeiçoamento que possibilitem a capacitação profissional.



Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto a preparação psicológica do paciente para possíveis conseqüências no pós operatório



Fonte: Dados do pesquisador 2013

O gráfico 2 traz um importante questionamento no que diz respeito a preparação do paciente psicologicamente para possíveis conseqüências no pós operatório. Observa-se que apenas 2 (20%) da população estudada informou preparar o paciente psicologicamente, já 8 (80%) informaram não realizar tal procedimento.

O profissional enfermeiro é um importante agente na promoção da qualidade de vida do indivíduo no pós operatório, sendo fundamental apoiá-lo psicologicamente e fisicamente, é necessário que o profissional oriente o paciente procurando estabelecer uma corrente de segurança e conforto.

Smeltzer e Bare (2009) dizem que o enfermeiro ao lado do paciente desenvolve uma relação de ajuda e confiança neste momento tão angustiante, dando conforto e segurança, tornando menos doloroso esse momento.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente a importância da assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório, ficando explícita as condutas a serem desenvolvidas pelo enfermeiro nesta fase. Sendo assim a equipe de enfermagem tem um importante papel na recuperação do paciente evitando danos a saúde do paciente.

Verificamos através do estudo que a assistência de enfermagem prestada ao paciente relatada pelos profissionais em estudo é satisfatória, porém merece uma maior atenção com relação à instituição e aos próprios profissionais no que diz respeito da educação continuada como forma de promover um melhor acompanhamento sistematizado e holístico para com o paciente. O estudo retrata bem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento ao paciente no pós cirúrgico, é importante que a unidade hospitalar resolva estas questões internas no que se refere as dificuldades relatadas pelos profissionais, e que tratem a vida do paciente como prioridade.

Portanto espera-se que este trabalho possa contribuir significativamente para a qualidade da assistência de enfermagem no pós-operatório, servindo como importante instrumento de estudo para profissionais e acadêmicos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, R; BIANCHI, ESTELA R, F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 1ª Edição. São Paulo 2007. Editora: Manole. Capítulos 02,06, 15 e páginas 25, 102 e 267-293.

CERVO, C. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

COMISSÃO DE BUSINESS INTELLIGENCE, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**, 2011. Disponível em:



<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf> . Acesso em 23/05/2013.

FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm.** 2009;22(4):428-33

GALVAO, C. M; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Oct. 2002 .

GONSALVES, R. M. D A; PEDROSA, L. A. K; SANTOS, A. S. Promoção e prevenção em saúde mental e características sociodemográficas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enfermagem Prática.** Nº 24. 2012.

HENRIQUE, D.C.S, CAVALHERI, S.C, PAVANI, M.C.M. Educação permanente: perspectiva de capacitação do enfermeiro de centro de atenção psicossocial (CAPS). In: (Re) Construção de cenários na atenção básica em saúde. Anais do 2º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde: 2009 Ago 20-22; Recife. Recife: Associação Brasileira de Enfermagem; 2009.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Reviews.** California, USA, vol.52, pags.397-422.2001.

MENDES, Maria Angélica; BASTOS, Marisa A.R Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem:** Brasília: ABEN, v.56, n.03, maio/jun 2003, 271-276

MEDEIROS, Fabiana Cesino de. **Análise da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente do centro cirúrgico no pós-operatório imediato.** Patos – PB. FIP, 2007.

Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP.** n41(3):Set; 2007.

PINTO, M. B; SANTOS, I. B. C. Profissionais de Saúde e Risco Ocupacionais. **Revista Tema Saúde.** João Pessoa-PB, ano 7, n.12. jul./set. 2007.

POSSARI, João Francisco. **Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão. 4.** Ed. São Paulo: Iatria, 2009. p. 213.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

RIZZOTO, M.Z F. As políticas de saúde e humanização da assistência. Rev . Bras. Enfermagem. V.g, nº01,2002.

SMELTZER e BARE. **Brinner e Suddarth, tratado de médico-cirúrgica. 11** ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TIMBY, B. K.; SMITH, N. E. **Enfermagem Médico-Cirurgia. 8.** ed. São Paulo: Manole, 2005.



Assistência de enfermagem ao paciente no pós-operatório imediato

Artigo

**Avaliação da assistência de enfermagem prestada ao adolescente acometido por
depressão**

Evaluation of nursing assistance given to teenagers who suffer from depression

Liana de Medeiros Brasil¹

Francisca Elidivânia de Farias Camboim²

Suenny Fonsêca de Oliveira³

Tarciana Sampaio de Oliveira⁴

RESUMO – O cuidar em enfermagem tem como finalidade prioritária amenizar o sofrimento humano, atuando na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e qualidade de vida. Embora se reconheça que o enfermeiro da área de psiquiatria tenha mais experiência, os profissionais de outras áreas precisam estar preparados para identificar, cuidar e orientar o portador de transtorno mental, principalmente em casos de depressão (CANDIDO; FUREGATO, 2005 apud SILVA *et. al.*, 2009). A pesquisa objetivou avaliar a Assistência de Enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão atendido nas Unidades Saúde da Família, situadas na cidade de Caicó-RN, bem como avaliar o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Saúde da Família acerca dos sinais e sintomas da depressão, e analisar a Assistência de Enfermagem prestada nas Unidades Saúdes da Família ao adolescente com depressão. O estudo tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 14 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Caicó-RN. Os dados foram analisados através da técnica estatística descritiva simples. A prevalência de enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde é do sexo feminino, com faixa etária entre 25 e 27 anos, com menos de 5 anos de atuação. Os resultados revelaram a necessidade de qualificação e treinamento para trabalhar com Saúde Mental na rede básica. Esperamos que este estudo contribua para melhorar a assistência e o ensino de enfermagem, podendo fomentar e conscientizar docentes,

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos

² Enfermeira. Especialista em Saúde mental pelas Faculdades Integradas de Patos. Preceptora de estágios na disciplina Saúde mental do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

³ Psicóloga. Doutora em Psicologia Social. Coordenadora do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos.

⁴ Enfermeira Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. Patos.



profissionais e graduandos sobre a importância da atuação transformadora da prática e do ensino, em benefício do portador de transtorno mental.

UNITERMOS: Avaliação; Assistência de enfermagem; Adolescente; Depressão.

ABSTRACT – The act of taking care in nursing has as its prior purpose to ease the human suffering, acting in promotion, recovering, and rehabilitation of health and quality of life. However it is acknowledged that the nurse who works in psychiatry has more experience, other areas professionals need to be prepared to identify, take care and guide the mental disorder carrier, mainly in depression cases (CANDIDO; FUGERATO, 2005 apud SILVA et., 2009). Evaluate the Nursing Assistance given to the teenager assailed by depression in Family Health Units, located in Caicó-RN, as well as analyze the nurses' knowledge in the Family Health Units about teenagers with depression. The descriptive study, with quantitative approach, applied to 14 nurses from Family Health Strategy in Caicó-RN. The data was analyzed according to the analysis methodology of the content. The prevalence of nurses acting at the Basic Health Units is formed by females, with ages between 25 and 27 years old, with less than 5 years of work. The results still revealed the need of qualification and training to work with Mental Illness in the basic health service. We hope this study contributes to improve this assistance and the nursing teaching, being able to promote, sensitize and aware teachers, Professional and students about the transforming actions of the practice and teaching importance, in benefit to the mental disorder carrier.

KEYWORDS: Evaluation; Nursing Assistance; Teenager; Depression.

INTRODUÇÃO

A origem da depressão está ligada a diversos fatores, como genéticos, psicológicos, ambientais e sociais, que podem afetar de diversas maneiras cada indivíduo depressivo (SILVA; SILVA, 2012). Segundo Andrade e Bozza (2010), a depressão é um dos transtornos de humor mais significativos do mundo atual e sua incidência tem aumentado gradativamente, refletindo não só nas pessoas, mas também em todo meio social em que vivemos. Gera sintomas que acabam por dificultar a vida social, profissional e interpessoal do indivíduo, ou seja, é um problema que deve ser visto com seriedade, pois interfere de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem estar geral dos adolescentes.



Segundo Andrade e Bozza (2010, apud SILVA *et. al.*, 2011), o período de desenvolvimento da adolescência é caracterizado por grandes mudanças biológicas, sociais e psicológicas. A grande maioria dos pacientes que são acometidos de algum episódio depressivo apresenta como traço característico, um humor depressivo ou a perda de interesse, e ainda a perda do prazer, predominante por no mínimo duas semanas e provocando um sofrimento intenso e limitações no funcionamento social, ocupacional, afetivo. Porém, em adolescentes não encontramos a presença de um aspecto triste, mas, por outro lado, mostram-se irritáveis e irritantes e mesmo doentias (CAPITÃO, 2007 apud SILVA, *et. al.*, 2011).

Nesta perspectiva, percebe-se hoje que a depressão não está somente presente entre adultos, mas vem se tornando cada vez mais comum entre os jovens, tornando-se importante estudá-la entre adolescentes, evitando ocasionar complicações ou transtornos futuros que sucedem a adolescência, incluindo até mesmo o suicídio. Muitas vezes, por falta de conhecimento dos sinais e sintomas da depressão, ela passa despercebida diante dos profissionais de saúde. Sendo assim, surge o seguinte questionamento: Será que os enfermeiros atuantes no Programa de Saúde da Família sabem identificar os sinais e sintomas da depressão em adolescentes? Como os enfermeiros destas unidades prestam assistência ao adolescente acometido por depressão?

O interesse pelo tema se deu devido à complexidade do assunto e a forma corriqueira com que ele acontece na vida de acadêmicos que se afastam do ambiente familiar e ingressam em um meio onde a pressão e cobrança se apresentam de forma impactante em suas vidas. Destarte que, na minha adolescência vivenciei o problema, surgindo assim, a necessidade de analisar e estudar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os sinais e sintomas da depressão em adolescentes.

Certamente este trabalho contribuirá para o conhecimento dos profissionais e acadêmicos de enfermagem, no intuito de oferecer mais informações sobre a depressão na adolescência e a assistência de enfermagem prestada ao portador da mesma.



A pesquisa objetivou avaliar a Assistência de Enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão atendido nas Unidades Saúde da Família, situadas na cidade de Caicó – RN, bem como o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Saúde da Família acerca dos sinais e sintomas da depressão, e analisar a Assistência de Enfermagem prestada nas Unidades Saúdes da Família ao adolescente com depressão.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa enquadra-se em um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A mesma foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de Caicó-RN.

A população constituiu-se por todos os profissionais enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família, em número de 22 profissionais. A amostra foi composta por 63,5% (14) dos profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa e que seguiram os seguintes critérios de inclusão: Ser enfermeiro (a) atuante no Programa de Saúde da Família; Ter no mínimo seis meses de atuação no setor; Que esteja presente no momento da pesquisa. Foram excluídos aqueles profissionais que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, bem como será comprometido o sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os mesmos para participarem do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado previamente elaborado pela autora, contendo questões objetivas e semi-subjetivas, o mesmo foi composto por dados socioeconômicos e demográficos, na primeira parte, e na segunda os dados referentes aos objetivos do estudo.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, com tempo estimado de aproximadamente 15 minutos, em ambiente tranquilo, no próprio local de



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

trabalho, onde foi explicado acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento, e de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomeclatura utilizada no questionário.

Também foi realizado, antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando livre a decisão dos(as) mesmos (as) em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistir em qualquer fase do estudo. Os dados foram coletados no período de fevereiro e março de 2013, onde foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos e/ou tabelas, com auxílio do programa Excel Office 2007, e analisados estatisticamente no período acima descrito e fundamentado à luz da literatura pertinente.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, localizado no município de Patos - PB, para obter o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos, aprovado pelo protocolo número: 205/2012. A pesquisa foi realizada com autorização da Secretária de Saúde do município, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2000).



Avaliação da assistência de enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sócio-demográfica

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=14)

Variáveis		N	%
Gênero	Masculino	04	28,6
	Feminino	10	71,4
Faixa etária	25 a 27 anos	07	50
	28 a 30 anos	05	35,6
	31 a 33 anos	01	7,2
	Acima de 34 anos	01	7,2
Pós – graduação	Saúde mental	01	7,2
	Outras	13	92,8
Tempo de atuação	Menos de 5 anos	13	92,8
	Entre 6 e 10 anos	01	7,2
Total	-	14	100

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

De acordo com os dados da pesquisa expressos na tabela 1, evidencia-se que a prevalência dos enfermeiros é do sexo feminino, equivalente a 71,4% (10) dos entrevistados, e apenas 28,6% (04) do sexo masculino. Nota-se uma confirmação da literatura, uma vez que mostra a profissão de enfermagem com prevalência feminina, fato já demonstrado em um estudo realizado por Ferrari, Thomson e Melchior (2005), onde se constatou que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente



feminina, ficando evidente que os enfermeiros que atuam em USFs também estão inseridos nessa realidade.

Para Martins *et. al.* (2006) a prevalência dos trabalhadores na área de saúde é do gênero feminino, principalmente na enfermagem, explicado em função do arquétipo, atribuído às mulheres. Fato que explica em varias culturas, onde a assistência e higienização dos doentes são considerados extensão de trabalho da mulher.

Pode-se observar ainda, que o maior número de enfermeiros entrevistados, encontram-se na faixa etária de 25 a 27 anos, que corresponde a 50% (07) da amostra, seguido pela faixa etária de 28 a 30 anos, com 35,6% (05) do total da amostra, e apenas 7,2% (01) na faixa etária de 31 a 33 anos, e acima dos 34 anos de idade.

Este perfil apresenta a realidade vivenciada em todo o território nacional, em função da quantidade de jovens lançados no mercado de trabalho pelas faculdades e universidades. Isso se deve aos incentivos do Governo Federal, para o acesso do jovem ao ensino superior, por meio dos programas PROUNI e FIES. Silva *et. al.* 2012 diz que houve expansão na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, em reflexo de políticas governamentais de ampliação de vagas e acesso ao ensino superior no Brasil. Para Carvalho (2008), houve investimentos para a inclusão da camada mais pobre no ensino superior, como Programa Universidade para todos (ProUni).

De acordo com os dados da pesquisa evidenciados na tabela 1, apenas 7,2% (01) dos entrevistados possui especialização em Saúde Mental, enquanto que 92,8% (13) especializaram-se em outras áreas. No que diz respeito à especialização, este dado apresenta bastante influência, visto que há necessidade de profissionais capacitados para o aperfeiçoamento e melhoria dos serviços de saúde. Santos e Lopes (2007) afirmam que o enfermeiro que trabalha em USF possui atribuições específicas e amplas, portanto, necessita ser bem capacitado nessa área. Para Silva, Furegato e Costa Júnior (2003), o baixo interesse por cursos de saúde mental indica que a maioria dos sujeitos não tem, de



fato, interesse pela área de saúde mental, sugerindo reflexões a respeito das possíveis dificuldades do enfermeiro em lidar com essa área.

Em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria 92,8% (13) trabalham em Unidades Básicas de Saúde há menos de 5 anos, enquanto que 7,2% (01) de 6 a 10 anos. Acredita-se que esse resultado deva-se a rotatividade de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde acarretando um pouco tempo de atuação devido à quantidade insuficiente de profissionais contratados para atuarem no setor.

Rocha e Zeitoune (2007) relatam que a rotatividade dos enfermeiros entre os municípios, possivelmente a procura de um município que ofereça maiores vantagens financeiras, melhores condições de trabalho e de qualidade de vida favoreçam o curto período de tempo destes profissionais nas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, salienta-se a relevância dos profissionais que estão na equipe há mais de três anos, pois proporciona facilidades de contatos efetivos com a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades.



Caracterização do estudo

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a realização de capacitação em Saúde mental. (n=14)



Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

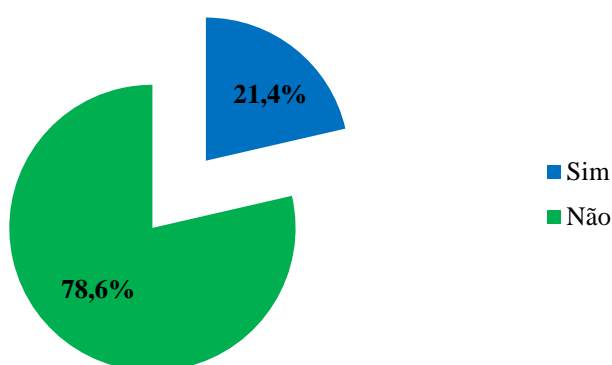
Em relação a capacitação em Saúde mental, foi constatado que apenas 14,4% (02) da amostra possuem capacitação na área de Saúde Mental, enquanto que a maioria, 85,6% (12) da amostra não possuem, dados evidenciados no gráfico 1. O baixo índice de capacitação em Saúde Mental indica que pode haver falta de oportunidade ou interesse pela área, sugerindo reflexões a respeito das possíveis dificuldades do enfermeiro lidar com essa área.

Candido e Furegato (2005) afirmam que o portador de transtorno mental sempre esteve presente no cotidiano profissional do enfermeiro, independente da sua área, embora se reconheça que o enfermeiro da área de psiquiatria tenha mais experiência, os profissionais de outras áreas precisam estar preparados para identificar, cuidar e orientar o portador de transtorno depressivo. Para Ribeiro *et. al.* (2010) grande parte dos enfermeiros não se sente capacitada para trabalhar saúde mental na UBS, condição encontrada em outras realidades, em decorrência do pouco treinamento direcionado a



essa temática, o que maximiza a existência de barreiras que impendem o desenvolvimento de ações de cuidado voltados a essa população.

Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros sobre o trabalhar com adolescentes acometidos por depressão. (n=14)



Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

De acordo com os dados da pesquisa expressos no gráfico 2, pode-se observar que apenas 21,4% (03) da amostra trabalham ou já trabalharam com adolescente deprimido, enquanto que a maioria 78,6% (11) não trabalham ou nunca trabalharam com o adolescente em quadro de depressão.

É importante lembrar que a falta de investimentos por parte do governo em capacitações voltadas para a saúde mental dificulta a realização de trabalho pelos enfermeiros que atuam nas USFs com os adolescentes em quadro de depressão. Isso se confirma na literatura, onde Lemos, Lemos e Souza (2007) afirmam que os enfermeiros não foram capacitados para trabalhar a saúde mental nas USFs, que não passaram por nenhum treinamento, sendo que a maioria dos enfermeiros atuantes nas USFs relatam



apenas algumas experiências na época da graduação e que sentem dificuldade em trabalhar com adolescentes deprimidos.

Para Candido e Furegato (2005) o enfermeiro é, ou deveria ser o profissional de saúde que mais frequentemente entra em contato com o cliente no atendimento primário de saúde. Entretanto, observou-se que enfermeiros, em atividade na rede básica de saúde (atenção primária), não estão preparados para dar a devida atenção ao portador de transtorno mental, apesar de apresentarem médio conhecimento teórico sobre a doença.

Quadro 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a interrogativa: como você define a sintomatologia da depressão na adolescência? (n=14)

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Como você define a sintomatologia da depressão na adolescência?	<p><i>“Tristeza, desânimo, pensamentos negativos, choro fácil e culpa por algo que deu errado.” Suj. 2, 6 e 8.</i></p> <p><i>“Mudança de comportamento, transtornos de humor, distúrbios alimentares e do sono.” Suj. 3, 4 e 7.</i></p> <p><i>“Rebeldia, agressividade, irritabilidade, isolamento social, agitação e ansiedade.” Suj. 1, 5, 10 e 11.</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

Quando questionados em relação à definição dos sintomas da depressão na adolescência, os entrevistados evidenciaram conhecimento em relação ao quadro clínico da mesma, como se observa no quadro acima. Desta forma, entende-se que os enfermeiros podem identificar os adolescentes deprimidos e intervir através de ações



preventivas na família, escolas, meios de comunicação e na comunidade como um todo para promover o desenvolvimento saudável desses jovens.

Istilli *et al.* (2010) afirma que faz-se necessário que os profissionais de saúde saibam reconhecer os sinais e sintomas da depressão, bem como qual a melhor conduta no momento da assistência, para que na falta de um profissional especializado na área de psiquiatria, ele possa auxiliar na identificação desses pacientes, na orientação dos familiares e quando necessário encaminhamento do mesmo ao profissional especializado. Para Santos e Lopes (2007) os enfermeiros apresentam-se aptos a identificar as alterações no humor, na psicomotricidade e na cognição causadas pela depressão.

Quadro 2 – Distribuição dos enfermeiros em relação a interrogativa: você acha que os sintomas depressivos são diferentes para adolescentes e adultos? (n=14)

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Você acha que os sintomas depressivos são diferentes para adolescentes e adultos?	<p>. “São fases diferentes da vida e com comportamentos distintos” (suj. 2)</p> <p>“Acredito que no adulto é mais fácil a percepção e até mesmo em alguns casos o pedido de ajuda” (suj. 14).</p> <p>“Devido à idade, as mudanças ocasionadas no período onde ocorrem tantas transformações, por isso, tudo fica mais intensificado” (suj. 3)</p> <p>“Os adultos conseguem relatar melhor seus sintomas” (suj. 6 e 7).</p>



	<p><i>“A sintomatologia é basicamente a mesma” (Suj. 9)</i></p> <p><i>“Creio que não sejam diferentes, porém o processo de transformação da fase criança-adolescente ou adolescente-adulto pode atrapalhar ou intensificar os sintomas” (suj. 5).</i></p>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

Quando questionados se havia diferença entre a sintomatologia da depressão entre adolescentes e adultos, conforme está expresso no quadro 2, ficou evidente que parte dos entrevistados relataram que há diferença, enquanto outros que não há diferença.

A sintomatologia depressiva é muito variada e difere de pessoa para pessoa, de pessoa adulta para criança e, no entanto considera-se que a tríade baixa autoestima, inibição global e anedonia está presente numa pessoa deprimida (RAMM; SOUZA; NICOLA, 2008). Crivelatti, Durman e Hofstatter (2006) dizem que para facilitar o reconhecimento do quadro depressivo na adolescência, recomenda-se a observação da presença de sintomatologia básica similar à utilizada no adulto.



Quadro 3 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a interrogativa: você acha que os profissionais de enfermagem, que atuam nas Unidades Saúde da Família, estão preparados para prestarem assistência ao adolescente com quadro de depressão? (n=14)

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
<p>Você acha que os profissionais de enfermagem, que atuam nas Unidades de saúde da Família, estão preparados para prestarem assistência ao adolescente com quadro de depressão?</p>	<p><i>“Não, pois esta clientela normalmente não procura a atenção básica” (suj. 1).</i></p> <p><i>“Não, por ser um assunto pouco discutido na faculdade, por não ter uma grande demanda na USF e por falta de capacitações” (suj. 3)</i></p> <p><i>“Não, falta capacitação e subsídios para realizar atividades que possam levar o paciente a encontrar melhora nas relações interpessoais” (suj. 9 e 14).</i></p> <p><i>“Não, só trabalhei o referido assunto na faculdade, enquanto profissional ainda não. O perfil de depressão é geralmente ligado ao adulto. O adolescente é mais difícil de identificar e procurar o serviço de saúde. Acredito que falte capacitações sobre o tema” (suj. 5 e 13).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.



Interrogados sobre a preparação dos profissionais de enfermagem para assistirem ao adolescente acometido por depressão, a maioria relataram que não estão preparados para prestarem assistência ao adolescente com transtorno depressivo, e a principal justificativa foi a falta de capacitação na área de Saúde Mental, fato demonstrado no quadro 3. Considerando que a USF funciona como porta de entrada no sistema público de saúde, é importante destacar a função do enfermeiro no atendimento às pessoas com depressão e sua família.

Para Vecchia e Martins (2009) o papel do enfermeiro merece destaque, uma vez que ele é o profissional que deve oferecer à família e ao doente mental as informações e o suporte necessários, contribuindo para sua reinserção social. Waidman *et. al.* (2012) diz que a falta de capacitação desse profissional prejudica a assistência a estas pessoas, as quais devem ser atendidas em conformidade com as políticas de saúde, ou seja, de forma digna, humanizada e respeitosa.

Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a interrogativa: o que você como enfermeiro (a) pode fazer diante de um adolescente com sinais e sintomas da depressão? (n=14)

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
O que você como enfermeiro (a) pode fazer diante de um adolescente com sinais e sintomas de depressão?	<p>“Por não ter conhecimento específico da área e estar na USF, eu encaminharia ao serviço de referencia, ao psicólogo e daria todo o apoio ao mesmo e a família” (suj. 3).</p> <p>“Fazer consulta de enfermagem, com enfoque na escuta e dar os devidos encaminhamentos” (suj. 6, 12, 14).</p>



	<p><i>“Realizar anamnese sistematizada para tentar identificar a origem, orientações, encaminhar ao psicólogo” (suj. 5 e 9).</i></p> <p><i>“Encaminhar para especialista” (suj. 4, 10 e 11).</i></p>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

No que se refere às intervenções do enfermeiro na Atenção Básica, pode-se afirmar que existem lacunas na assistência prestada por tal profissional ao sujeito acometido pela depressão. Isso ficou evidente no quadro 4, onde a atitude mais citada foi encaminhar a outros profissionais, modo de proceder também encontrado em um estudo realizado por Silva, Furegato e Costa Júnior (2003) onde é relatado pelos autores que a maioria dos enfermeiros entrevistados encaminham seus pacientes para médicos especialistas.

Harada e Soares (2010) dizem que muitos enfermeiros ainda não entendem que seja sua tarefa fazer a identificação, acolhimento e acompanhamento, junto com uma equipe multidisciplinar, o paciente acometido por depressão.



Quadro 5 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com a interrogativa: que proposta você daria enquanto enfermeiro (a), para trabalhar com o adolescente portador de depressão nas Unidades Saúde da Família? (n=14)

QUESTIONAMENTO	RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS
Que proposta você daria enquanto enfermeiro (a), para trabalhar com o adolescente portador de depressão nas Unidades Saúde da Família?	<p><i>“Referência e contra-referência eficientes, para que a atenção básica consiga dar continuidade à assistência” (suj. 3 e 5).</i></p> <p><i>“Primeiro capacitar todos os profissionais da atenção básica. Após ser capacitado, trabalhar junto com os familiares do adolescente para obtermos sucesso” (suj. 13 e 14).</i></p> <p><i>“Realizando rodas de terapias comunitárias e atuando com uma equipe multidisciplinar” (suj. 2, 7, 10 e 11).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2013.

De acordo com o quadro 5, as propostas dadas pelos enfermeiros em trabalhos com o adolescente portador da depressão, foram basicamente terapias comunitárias, referência e contra referência eficientes, fator importante, pois sabendo como foi a consulta e qual foi a conduta utilizada o enfermeiro da atenção básica conseguiria dar continuidade a assistência, além disso, foi relatado que seria interessante a promoção de capacitação dos profissionais da atenção básica, assim eles estariam melhor preparados



para atender o adolescente, a família e fazer um acompanhamento multidisciplinar dessa clientela.

Para Gamba e Bretas (2006), o profissional de saúde deverá propor um conjunto de dispositivos que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em múltiplos âmbitos de intervenção, ou seja, deve procurar criar formas de produção de saúde e de vida, nas quais seja resgatada a história, a autonomia e a cidadania dos indivíduos.

Santos e Lopes (2007) afirmam que tarefas ocupacionais e recreativas também podem ser muito úteis; mas o enfermeiro deve estar atento no momento de estimular tais atividades, pois as expectativas e os objetivos devem ser suficientemente pequenos para garantir o sucesso em sua realização, serem relevantes para o sujeito e concentrarem-se em atividades positivas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação central desse estudo esteve dirigida para a avaliação da assistência de enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão. Considerando-se que o enfermeiro é o profissional que conduz as ações da equipe da Estratégia Saúde da Família, é importante que ele esteja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados na atenção à Saúde Mental que visem reforçar o cuidado ao adolescente depressivo.

A preocupação central desse estudo esteve dirigida para a avaliação da assistência de enfermagem prestada ao adolescente acometido por depressão. Foi constatado que os profissionais têm conhecimento em relação ao quadro clínico da doença, dessa forma entende-se que eles podem identificar os adolescentes deprimidos e intervir através de ações preventivas na comunidade. Porém a maioria dos entrevistados relatou que não estão preparados para prestarem assistência ao adolescente com transtorno depressivo, justificando que falta capacitação na área.



Esperamos que este estudo contribua para melhorar a assistência e o ensino de enfermagem, podendo fomentar, sensibilizar e conscientizar docentes, profissionais e graduandos sobre a importância da atuação transformadora da prática e do ensino, em benefício do portador de transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. E. S.; BOZZA, M.. Depressão em adolescentes: uma abordagem bibliográfica. **Revista Eficaz**, Maringá, n. , p.1-12, abr. 2010. Disponível em: <www.institutoeficaz.com.br>. Acesso em: 03 set. 2012.

BRASIL, **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 2000.

CARVALHO, S. C. et. al. Política de ensino superior e renúncia fiscal: da reforma universitária de 1968 ao PROUNI. Universidade de Campinas, 2008.

CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F.. Atenção de enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p.1-13, 2005. Disponível em: [HTTP://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp). Acesso em: 22 mar. 2013.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M.. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. , p.64-70, 2006.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R.. Estratégia saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros. **Semin Ciên Biol Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.80-101, 2005.

GAMBA, M. A.; BRETAS, A. C. P.. **Enfermagem e saúde do adulto**. 1ª São Paulo: Manole, 2006.

HARADA, O. L.; SOARES, M. H.. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **Smad, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p.315-336, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/6.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.



ISTILLI, P. T. et. al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 13, p.127-144, 2010. Maio/Junho.

LEMOS, S. S.; LEMOS, M.; SOUZA, M. G. G.. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.198-202, 2007. Out/Dez. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/online.html>. Acesso em: 26 mar. 2013.

MARTINS, S. C. et. al. Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p.472-478, 2006. Jul/set. Disponível em: < www.scielo.br>. Acesso em: 26 mar. 2013.

RAMM, C. R.; SOUZA, H. F.; NICOLA, T.. Assistência de enfermagem a uma paciente portadora de depressão e ansiedade: promovendo cuidado integral. Pelotas, maio 2008. Disponível em: <www.ufpel.edu.br>. Acesso em: 08 set. 2012.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia. **Revista da Escola de Enfermagem - Usp**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.376-382, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

SANTOS, F. S.; LOPES, S.. Explorando o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família de São José do Rio Preto sobre depressão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.23-29, 2007. Jan/mar. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID206.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

SILVA, D. F. et al. A importância do conhecimento sobre depressão na adolescência para os profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, n. , p.01-06, jun. 2011. Disponível em: <www.webartigos.com>. Acesso em: 06 set. 2012.

SILVA, D. S. et al. Reconhecimento e interpretação de enfermagem na depressão do idoso institucionalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. , p.01-06, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.inicepg.univap.br>>. Acesso em: 28 ago. 2012



SILVA, K. L. et al. Expansão dos cursos de Graduação em Enfermagem e mercado de. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p.406-413, 2012. Mai/jun. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 26 mar. 2013.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JÚNIOR, M. L.. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.7-13, 2003. Jan/fev. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

SILVA, E. V. R.; SILVA, J. C.. A influencia do suporte familiar na depressão em adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, n. , p.01-05, jan. 2012. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/a-influencia-do-suporte-familiar-na-depressao-em-adolescentes>>. Acesso em: 04 set. 2012.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.183-193, 2009. Jan/Fev. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 22 mar. 2013.

WAIMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.346-351, 2012. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 26 mar. 2013.



Artigo

Avaliação da qualidade da água do rio piranhas na cidade de São Bento-PB por parâmetros físicos, químicos e microbiológicos

Evaluation of water quality of river piranhas the city of São Bento-PB parameters for physical, chemical and microbiology

Kaliane Dantas de Oliveiara¹
Petrusk Homero Campos Marinho²

Resumo - Recurso indispensável para todas as espécies de vida, a água é responsável por todo o funcionamento do organismo e também pela distribuição dos nutrientes por todos os órgãos. Mas, a água sem o devido tratamento acarreta riscos à saúde humana por ser considerada um veículo de transmissão de doenças causadas por vírus, bactérias e protozoários, o que acaba se tornando um tema de relevância para a saúde pública. O presente trabalho teve o objetivo de avaliar parâmetros físico-químicos e microbiológicos da água *in natura* do Rio Piranhas. Foram realizadas coletas de 10 amostras, sendo realizados os testes de pH, cor e turbidez para os fatores físico-químicos e coliformes totais (CT) e termotolerantes (CTo) para o microbiológico. Das 10 amostras analisadas, todas apresentaram contaminação por CT e CTo em 100ml, havendo relação significativa com os fatores físico-químico.

Palavras-chaves: Água. Rio. Coliformes.

Abstract - Essential feature in all species of life, water is responsible for the overall functioning of the organism, and also by distribution of nutrients to all organs. But, to the water without proper treatment entails rich human health because it is considered a vehicle of transmission of diseases caused by viruses, bacteria and protozoa, which ends up becoming a topic of relevance to public health. This study aimed to evaluate the physico-chemical and microbiological water fresh from the Rio Piranhas. Samples were collected 10 samples and performed tests pH, color and turbidity for the physical-chemical and total coliform (TC) and thermophilic (CTO) for the microbiological. Of the 10 samples analyzed, all were contaminated by CT and CTO in 100ml and was associated with significant physical-chemical factors.

Keywords: Water; River; Coliform.

¹ Bacharel em Biomedicina pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP

² Bacharel em Biomedicina. Doutor em Biomedicina. Professor das Faculdades Integradas de Patos - FIP



INTRODUÇÃO

A água é o recurso natural mais importante para a vida de todas as espécies, por ela ser indispensável para a vida celular, pois todo o funcionamento do organismo humano é dependente da sua presença. Também é responsável pela distribuição dos nutrientes por todos os órgãos, auxilia na regulação da temperatura do corpo, ajuda na eliminação de diversas moléculas tóxicas do organismo através da urina e da transpiração e também regula o trânsito intestinal, ou seja, em pouca quantidade em nosso corpo ela acarreta diversos prejuízos, como exemplo, a falta dela agrava um quadro de subnutrição, e também é indispensável para as diversas atividades do homem na indústria, agricultura, atividades domésticas, lazer e recreação (ALVES et al., 2008).

Nos dias de hoje o homem paga um preço alto em relação ao crescimento da urbanização ocasionando o desmatamento das margens dos rios, lançamento de esgotos domésticos e industriais e o descarte de resíduos sem o devido tratamento nos mananciais, tudo isso resulta na contaminação das águas, tornando uma relação grave entre água-doença-saúde (MACHADO; KLEIN, 2003). Com a interferência do homem com a geração de despejos domésticos e industriais e com aplicação de defensivos agrícolas no solo, está ajudando a introduzir ao solo compostos orgânicos e inorgânicos na água que alteram a sua qualidade. Sendo assim a qualidade da água é resultado de fenômenos naturais e da atuação do homem (ALVES et al., 2008),

Para que a água a ser consumida seja apropriada ela deve ter um padrão de potabilidade, ou seja, livre de qualquer tipo de micro-organismo patogênico, radioatividade ou de qualquer componente físico ou químico que ofereça risco a saúde do consumidor, e após o tratamento adequado os parâmetros físico-químicos e microbiológicos devem estar de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 518 de 25 de março de 2004 que estabelece o controle da vigilância da qualidade da água e o seu padrão de potabilidade. Do ponto de vista microbiológico a água deve estar livre de coliformes totais e termotolerantes (BRASIL, 2004).



Diversas são as doenças de veiculação hídrica, que se tornam um risco para saúde pública que são transmitidas principalmente pela rota oro fecal, onde ocorre a contaminação das águas por micro-organismos patogênicos que são excretados de fezes humanas e de animais, que geralmente ocorrem em locais desprovidos de saneamento básico. Entre essas doenças estão a Hepatite A, cólera, dengue, esquistossomose, febre tifóide, diarreia, malária e leptospirose (ALMEIDA, 2004; LOUREIRO, 2007).

Entre os patógenos mais isolados na água estão as bactérias da família Enterobacteriaceae, que são constituídas por bacilos Gram-negativos. São micro-organismos ubíquos e fazem parte da microbiota intestinal do homem e grande parte dos animais e podem ser encontrados na água, no solo e em vegetações (ORTEGA et al., 2009). Entre as Enterobactérias, o grupo dos coliformes, destaca-se os coliformes totais e os termotolerantes que tem sido utilizados como indicadores de contaminação, para averiguar a presença fecal na água (SILVA et al., 1997; ROMPRÉ.,2002; BETTEGA et al., 2006).

O presente trabalho teve como objetivo avaliar as amostras de água do Rio Piranhas na cidade de São Bento, Paraíba, para atestar o padrão de potabilidade da água, por parâmetros físico, químicos e microbiológicos e mostrar o grau de contaminação dessa água por existir fontes que alteram a sua qualidade, já que a cidade não conta com estação de tratamento de esgoto e ser um polo industrial têxtil, o que acaba resultando no descarte inadequado dos resíduos da indústria têxtil e dos dejetos de origem humana, sendo necessário saber a qualidade dessa água, pois o Rio Piranhas é uma opção de lazer para a população e muitas famílias também acabam consumindo essa água.



METODOLOGIA

Caracterização da área de estudo

O Rio Piranhas é perenizado pelo açude Coremas /Mãe d'água, e este corta a cidade de São Bento no sertão paraibano, onde além de servir para uso vital e entretenimento, é indispensável para a industrialização têxtil, uma vez que as indústrias necessitam dessa água para o tingimento de fios, para a confecção de redes de dormir e artigos do gênero.



Figura 1: Imagem de satélite da área de estudo. **Fonte:** Google maps.



COLETA DE AMOSTRAS

A coleta constituiu em dez amostras do Rio Piranhas onde a população utiliza a água principalmente para recreação. As amostras de água para análises foram coletadas em recipientes estéreis com capacidade para 100 ml e identificadas de acordo com os pontos do manancial. As coletas foram realizadas entre 09:00 e 10:30 horas, nos meses de abril e maio de 2013. Após o material coletado, as amostras foram acondicionadas em um isopor com gelo reciclável, e logo transportadas ao laboratório da CAGEPA no município de São Bento-PB, para a realização das análises físico-químicas e microbiológicas, avaliando, portanto, parâmetros como pH, turbidez e cor, CT, CTo, respectivamente. As análises laboratoriais foram realizadas segundo especificações metodológicas estabelecidas pelo *Standart Methods for the Examination of Water and Wastewart*.

Determinação de turbidez

Para determinação de turbidez foi utilizado o Método Nefelométrico por reflectância através do Turbidímetro (Digimed). Este foi previamente ligado e calibrado com uma solução padrão de acordo com as instruções do fabricante. A amostra de água foi colocada na cubeta de vidro apropriada, introduzida e posicionada de acordo com a marca existente. A leitura forneceu os resultados em unidade nefelométrica de turbidez (NTU).

A turbidez é medida pelo grau de atenuação de intensidade de um feixe de luz. O método é baseado na comparação da intensidade de luz difundida pela amostra em condições definidas, com a intensidade da luz espalhada por uma suspensão considerada padrão. Quanto maior a intensidade da luz disseminada maior será a turbidez da amostra analisada.



Determinação de cor aparente

A cor foi determinada por comparação visual da amostra com água destilada. Será usado o comparador colorimétrico visual multiparâmetro de bancada para uso com disco colorimétrico, NQ 200, possui fonte própria de luz com filtro difusor, prisma ótico de junção de imagem. Utilizando o disco graduado do aparelho (AquatestNessler Quanti 200) para fornecer diretamente o valor da cor expresso em unidades de cor.

Determinação do pH

O pH das amostras foram determinados por leitura direta no pHmetro (Quimis), devidamente calibrado. O aparelho foi ligado deixando-o em aquecimento durante 20 minutos; em seguida o eletrodo foi lavado com água destilada e secado com papel absorvente, de acordo com protocolo do fabricante.

A água foi colocada num recipiente de aproximadamente 100 mL onde foi introduzido o eletrodo para obtenção do valor do pH das amostras. Sempre lavando o eletrodo com água destilada e posteriormente enxugando-o com papel macio, após a medida do pH de cada amostra.

Determinação da presença/ausência de coliformes totais e *E.coli*

A detecção e identificação dos coliformes totais e de *Escherichia coli* foi feita pela Técnica do Substrato Cromogênico Enzimático Colilert[®], onde foi adicionado um blister a 100 mL da amostra e incubadas por 24 horas a 37°C. Essa técnica é fundamentada no substrato orto-nitrofenil e β -D-galactopiraminosídeo (ONPG), que quando em contato como a enzima β -galactosidase produzida pelos coliformes totais é hidrolisado liberando a orto-nitrofenol, que produz uma cor amarelada no meio. A certificação da presença de *Escherichia coli* é obtida através da ação da enzima β -glucuronidase, que é caracteristicamente produzida por essa bactéria, sobre o substrato 4-metilumbeliferil- β -D-glucoronídeo (MUG); quando o MUG é degradado, o produto resultante 4-



metilumbeliferona apresenta fluorescência azulada na presença de uma luz ultravioleta de comprimento específico (360nm).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que as amostras analisadas dos dez pontos da água *in natura* do rio piranhas (**Tabela 1**) não estão de acordo com os padrões de potabilidade microbiológicos para consumo humano, evidenciando CT e CTo em 100% das amostras.

Os parâmetros físico-químicos (**Tabela 1**) analisados mostraram valores insatisfatórios para o grau de qualidade da água, onde os valores de turbidez variaram de 9,75 a 12,10, onde os valores máximos permitidos são de 5 NTU, já a cor os valores também se mostraram alterados, com resultados que variaram de 110 a 150 uH, onde os valores aceitáveis pela Portaria 518 de 25 de março de 2004 é de 5 uH, com exceção do pH que se manteve na faixa de 7,0 a 8,2, ou seja, dentro dos valores exigidos pelo Ministério da Saúde que é entre 6,0 a 9,5.

Resultados fornecidos pelo diretor da CAGEPA do município do período de maio de 2012 a março de 2013, também mostraram valores variáveis e fora dos padrões de referência preconizados pelo Ministério da Saúde, também com exceção do pH que se manteve com um valor de 7,6, já a turbidez os valores oscilaram entre 1,28 a 2,87 NTU e a cor obteve valores que variaram de 30 a 54 uH.

Os resultados obtidos já eram esperados, já que se tratava de análises da água *in natura* do Rio Piranhas. A presença de contaminação microbiológica e as alterações dos parâmetros físico-químicos podem ser explicadas pela falta de estação de tratamento de esgotos na cidade e pelos resíduos das fábricas têxteis que também não tem tratamento prévio, o que acaba resultando no descarte inadequado de todo esse material de esgoto doméstico e dos resíduos industriais.



Essa contaminação microbiológica acarreta a presença de micro-organismos patogênicos como vírus, protozoários e bactérias, ocasionando diversas doenças de veiculação hídrica, causando assim prejuízos à saúde da população.

TABELA 1: Parâmetros físico-químicos e microbiológicos da água utilizada para as análises, provenientes do Rio Piranhas na cidade de São Bento-PB.

	Coleta	pH	Cor	Turbidez	CT	<i>E.coli</i>
Rio Piranhas	Ponto 1	7,61	150	10,50	Presente	Presente
	Ponto 2	7,62	150	11,20	Presente	Presente
	Ponto 3	7,65	150	10,55	Presente	Presente
	Ponto 4	7,67	150	12,10	Presente	Presente
	Ponto 5	7,65	150	10,70	Presente	Presente
	Ponto 6	7,9	110	10,46	Presente	Presente
	Ponto 7	8,2	110	11,85	Presente	Presente
	Ponto 8	7,3	110	9,75	Presente	Presente
	Ponto 9	7,7	110	10,65	Presente	Presente
	Ponto 10	7,4	110	10,50	Presente	Presente



CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos nas análises das amostras de água *in natura* do Rio Piranhas, mostraram que a água é imprópria para consumo humano, pois se encontra em desacordo com os padrões de potabilidade exigidos pela legislação vigente que é a Portaria nº 518/2004 do Ministério da Saúde, mostrando assim a importância de se ter uma estação de tratamento de esgoto doméstico na cidade, para minimizar esse problema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.M.A.A.; HUSSAR, G.J.; PERES, M.R.; JUNIOR, A.L.F. Qualidade microbiológica do córrego Ribeirão dos Porcos no Município de Espírito Santo do Pinhal -SP. **Engenharia Ambiental**, v.1, n.1, p. 51-56, 2004.

ALVES, E.C.; SILVA, C.F.; COSSICH, E.S.; TAVARES, C.R.G.; FILHO, E.E.S.; CARNIEL, A.; Avaliação da qualidade da água da bacia e do rio pirapo-maringa por meio de parâmetros físicos-químicos e microbiológicos. **Maringá**, v.30, n.1, p. 39-48, 2008.

BETTEGA, J.M.P.R.; MACHADO, M.R.; PRESIBELLA, M. et al. Método analítico no controle microbiológico da água para consumo humano. **Ciência Agrícola**, Larvas, v. 30, n.5, p. 950-954, set/out, 2006.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Secretária da Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2004; 26 mar.

LOUREIRO, A.V.; HENRIQUES, R.A.T.; TRINDADE, R.M.; GOUVÊIA, M.I. Relação da qualidade da água servida com a presença de Enteroparasitoses em escolas do ensino fundamental. **Revista Científica da FAMINAS**. Muriaé, v.3, n.1, sup.1, p.78, jan./abr, 2007.

MACHADO, C.J.S.; KLEIN, H. Espellet. Água, doença, saúde e arcabouço institucional legal: por uma gestão integrada das águas do Rio de Janeiro. **Revista Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n.11, p. 13-38, set./dez, 2003.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

ORTEGA, A.C. A relação rural-urbana na nova forma de governança estabelecida pelos comitês de Bacias Hidrográficas: o caso do comitê da Bacia Hibrográfica do Rio Parnaíba. **Anais da sober**, 2009.

ROMPRÉ, A.; SERVAIS, P.; BAUDART, J.; DE-ROUBIM, M.R.; LAURENT, P. Detection and enumeration of coliforms in drinking water: curret methods and emerging. **Journal Microbiological Methods**, v. 49, p. 31-54, 2002.

SILVA, J.M.; FERREIRA, M.Q.M. Qualidade de efluentes. In: Simpósio sobre o meio ambiente e desenvolvimento sustentável do semi – árido, 2., 1997, Mossoró, **Anais...** Mossoró, p.45-49, 1997.



Artigo

Avaliação do controle glicêmico em pacientes com *diabetes mellitus*

Evaluation of glycemetic control in patients with *diabetes mellitus*

Cristianne Rosa Neves Celeste Resende¹

Francisco Ermesson Maciel Almeida²

Arthur Hipólito Pereira Leite³

Lucíola Abílio Diniz Melquíades de Medeiros Rolim⁴

RESUMO – A hemoglobina glicada é o parâmetro de escolha para o acompanhamento do controle glicêmico de pacientes com diabetes mellitus. Estudos comprovam que, manter o nível de hemoglobina glicada menor que 7% pode evitar e/ ou retardar o desenvolvimento de complicações crônicas da doença. O objetivo deste estudo foi avaliar o controle glicêmico dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Para isso, foi realizado uma pesquisa quantitativa com 40 voluntários, de ambos os sexos, cadastrados no programa Hiperdia da cidade de Itaporanga-PB. Do total de voluntários da pesquisa, 77,5% apresentaram níveis de hemoglobina glicada maior que 7%. Entretanto, 87,5% não apresentaram complicações relacionadas ao diabetes. Os resultados demonstram um descontrole glicêmico associado à falta de informações sobre a doença, havendo a necessidade de programas educativos para a população diabética buscando à adesão ao tratamento e consequentemente melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chaves: Complicações crônicas; Diabetes Mellitus; Hemoglobina Glicada.

ABSTRACT – Glycated hemoglobin is the choice for the monitoring of glycemetic control in patients with diabetes mellitus. Studies show that keeping the glycated hemoglobin level less than 7% can prevent or slow the development of chronic disease complications. The objective of this study was to evaluate the metabolic control of patients with diabetes mellitus type 2. For this, a quantitative research with 40 volunteers of both sexes enrolled in the Hiperdia program of the city of Itaporanga-PB. Of the total, 77,5% research volunteers had glycated hemoglobin levels greater than 7%. However, 87,5% showed no complications related to diabetes. The results show a Glycemetic disarray associated with the lack of information about the disease, with the need for

¹ Concluinte do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Biomédico Graduado pelas FIP.

³ Professora MSc. do Curso de Bacharelado em Biomedicina das FIP.

⁴ Professora MSc. do Curso de Bacharelado em Biomedicina das FIP.



educational programs for the diabetic population seeking to treatment adherence and consequently improving the quality of life of these patients.

Keywords: Chronic complications; Diabetes mellitus; Glycated hemoglobin.

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus é caracterizado por uma hiperglicemia crônica decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da mesma em exercer sua função (OLIVEIRA, 2003). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2013), o diabetes mellitus é uma doença de alta prevalência no mundo, sendo considerado um grave problema de saúde pública devido à suas complicações, impacto social e econômico, atingindo pessoas de diferentes classes sociais principalmente em países em desenvolvimento (ASSUNÇÃO et al., 2001).

Segundo o International Diabetes Federation (IDF), em 2012 foram diagnosticados 371 milhões de diabéticos em todo o mundo e a estimativa para 2030 é que 552 milhões de pessoas serão portadoras desta enfermidade, sendo o diabetes mellitus tipo 2 responsável por 90% dos casos de diabetes.

A hereditariedade, o envelhecimento populacional, o estilo de vida pouco saudável com dieta de alto teor de gordura, obesidade e reduzida prática de exercícios físicos, são fatores responsáveis pela elevada incidência do diabetes no mundo (ORTIS; ZANETTI, 2000; TOSCANO, 2004).

Existem três tipos principais de diabetes: o diabetes mellitus tipo 1, que ocorre devido à destruição das células beta do pâncreas em resposta a uma reação autoimune; o diabetes mellitus tipo 2, que é caracterizado pela resistência à insulina e o diabetes gestacional, que é a intolerância a carboidratos com surgimento ou primeiro diagnóstico durante a gestação (IMAGAWA et al., 2000; SACKS; PATH, 2008).



A hiperglicemia persistente leva ao desenvolvimento de complicações crônicas podendo causar retinopatia, nefropatia, microangiopatia e aumento do risco de infarto agudo do miocárdio (BARBOSA et al., 2009).

A hemoglobina glicada (HbA1c) é o parâmetro de escolha para a avaliação do controle glicêmico pois fornece informações retrospectiva dos níveis de glicose sanguínea no período de 60 a 90 dias que antecedem a coleta de sangue para o exame (BEM; KUNDE, 2006). De acordo com o Diabetes Control and Complications Trial (DCCT, 1993) e o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS, 1998), o nível de HbA1c menor que 7% reduz e retarda o desenvolvimento de complicações crônicas do diabetes. O conhecimento sobre a doença é essencial para que se inicie uma mudança no estilo de vida proporcionando assim mais qualidade de vida ao paciente (BOULÉ et al., 2003; TORRES et al., 2010).

Tendo em vista que a hemoglobina glicada tem sido utilizada como uma importante ferramenta para a avaliação do controle glicêmico em pacientes diabéticos, o presente estudo teve como objetivo avaliar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 mediante a dosagem da hemoglobina glicada e associar os resultados com as possíveis complicações crônicas como também, conscientizá-los da importância do controle glicêmico, incentivando-os a uma adesão na mudança de hábitos de vida como medida para retardar e até evitar complicações da doença.

METODOLOGIA

Esta pesquisa avaliou de forma quantitativa o controle glicêmico dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. A população foi formada por pacientes cadastrados no programa Hiperdia das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itaporanga – Paraíba, tendo como critérios de inclusão, pacientes com diabetes mellitus tipo 2, com idade



superior a 18 anos, e de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A amostragem foi constituída pelos 40 primeiros voluntários.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo 16 questões de múltipla escolha, considerando as variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), clínicas (tempo de diagnóstico, conhecimento sobre o diabetes) e autogerenciamento (adesão à dieta e atividade física).

Para avaliar a hemoglobina glicada, foi realizado uma coleta de 3 mL de sangue de cada voluntário, obtida por punção venosa periférica, preferencialmente em fossa cubital, realizada com seringa e agulha. A amostra foi transferida para um tubo contendo anticoagulante ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA), sendo homogeneizado imediatamente após a coleta.

As dosagens de hemoglobina glicada foram realizadas utilizando o sangue total do paciente, sendo preparado primeiro o hemolizado, e posteriormente agitado continuamente por 5 minutos com uma resina de troca iônica com ligação fraca para que a hemoglobina não glicada se ligue à resina. Após essa agitação, utilizou-se um filtro para separar a resina do sobrenadante contendo a hemoglobina glicada. A porcentagem da hemoglobina glicada foi determinada pela leitura da absorbância em 415 nm da fração glicada e da fração da hemoglobina total. A razão entre as duas absorbâncias resultou no percentual de hemoglobina glicada.

Os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel. A realização deste estudo considerou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 40 pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Destes, 30% eram do sexo masculino e 70% do sexo feminino, com idade entre 30 e 89 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com sexo, idade e escolaridade.

Variações sociodemográficas	Valor (%)
Sexo	
Masculino	30%
Feminino	70%
Faixa Etária	
30-39	5%
40-49	5%
50-59	12,5%
60-69	47,5%
70-79	25%
80-89	5%
Escolaridade	



Ens. Fundamental Incompleto 70%

Ens. Fundamental Completo 12,5%

Ens. Médio Incompleto 5%

Ensino Superior 0

Outros (sem escolaridade) 5%

Pode-se observar uma maior prevalência em pessoas do sexo feminino (70%), na faixa etária entre 60 e 69 anos (42,5%) e com nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto (70%). Esses resultados correspondem aos achados de Torres et al. (2010), que analisaram as características sociodemográficas e clínicas de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, onde dos 105 participantes entrevistados, 75,2% eram do sexo feminino, 34,4% tinha idade entre 60 e 69 anos e 65,6% possuíam baixa escolaridade. O fato de estas pesquisas apresentarem maior prevalência em pessoas do sexo feminino pode ser explicado devido a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2011).

O trabalho de Pace et al. (2003), relatou que a baixa escolaridade dificulta o acesso às informações sobre a doença e menores oportunidades de aprendizagem quanto aos cuidados com a saúde que, se somados com a idade avançada representam características para o agravamento da doença, explicando assim, os resultados encontrados nessa pesquisa.

Foi observado que 50% dos entrevistados convivem com o diabetes há menos de 5 anos. Resultados semelhantes podem ser observados nos achados de Ramos e Ferreira (2011), em Belém do Pará, onde 43% dos participantes da pesquisa convivem com o



diabetes há menos de 3 anos e por Almeida et al. (2011), onde 31% afirmam conviver com a doença a menos de 5 anos. Entretanto, devemos considerar que no DM2, o tempo de convivência com a doença pode não expressar o tempo real da patologia, uma vez que, o DM2 é uma doença de evolução lenta e silenciosa, levando o paciente a ter um diagnóstico tardio (CUKIER, 1994). Ainda na figura 1 podemos observar que 25% dos participantes convivem com o diabetes há mais de 10 anos. Segundo Scheffel et al. (2004), quanto maior o tempo de diagnóstico, maior o risco de desenvolver complicações.

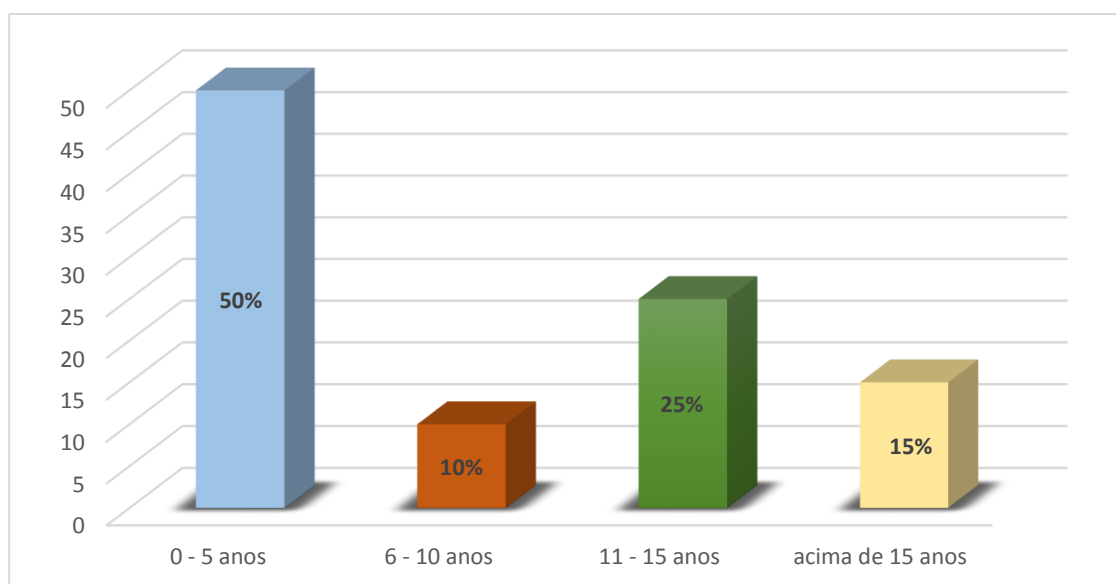


Figura 1 - Tempo de convivência com o diabetes mellitus tipo 2

Em relação aos fatores de risco do diabetes mellitus, 70% dos entrevistados possuem histórico de diabetes na família, 22,5% não possuíam e 7,5% não souberam informar. Nos resultados de Rodrigues et al. (2011), 42,9% referiram história familiar de diabetes mellitus tipo 2. Esses resultados corroboram com os encontrados por Almeida et



al. (2011), sendo esses achados esperados, já que, a hereditariedade é um fator de risco de grande importância para o diabetes mellitus tipo 2.

50% dos pacientes relataram a realização de exercícios físicos, os demais (50%) responderam que não praticavam nenhum tipo de atividade física. Este resultado corrobora em partes com Pace et al. (2003), que observaram que 33% dos participantes faziam exercícios físicos, 8,3% não praticavam e a grande maioria (58,3%) praticava atividade física apenas ocasionalmente. Já no estudo de Rodrigues et al. (2011), a maioria (71,4%) afirmou não praticar exercício físico.

A atividade física contribui para a diminuição de glicose plasmática, além de melhorar a disposição e a sensação de bem estar do paciente. Contudo, o sedentarismo é um dos fatores de risco responsável pelo aumento da prevalência do DM2 (FIDELIS et al., 2009).

Para avaliar o autocuidado com relação à doença, foi questionado se o paciente seguia a dieta corretamente, 65% responderam que sim, no entanto, ao serem questionados se faziam restrição de doces, massas e frituras, uma porcentagem significativa (45%) afirmaram que não. Estes achados confirmam o trabalho de Pace et al. (2003), que observaram que dos participantes de sua pesquisa 70% seguiam dieta saudável. O não seguimento da dieta e a afirmação de não fazer restrição de doces, contribui para o descontrole metabólico (FERREIRA et al., 2011). Explicando os valores alterados das dosagens de hemoglobina glicada dos pacientes desta pesquisa, já que 77,5% dos pacientes apresentaram HbA1c > 7%. A tabela 2 contém a distribuição dos fatores de risco para o diabetes mellitus



Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco para o Diabetes mellitus tipo 2

FATORES DE RISCO	
HISTÓRICO FAMILIAR	
Sim	70%
Não	22,5%
Não soube informar	7,5%
PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	
Sim	50%
Não	50%
DIETA SAUDÁVEL	
Sim	65%
Não	12,5%
Às vezes	22,5%

A hiperglicemia se não controlada pode causar comprometimento na estrutura de vários órgãos (JAKUS, RIETBROK; 2004). Com relação às complicações crônicas provocadas pelo diabetes, do total de pacientes da pesquisa, 5 (12,5%) apresentaram complicações crônicas, sendo 1(2,5%) cardiopatia, 2 (5%) relataram ter neuropatia, 1



(2,5%) possuía retinopatia diabética, 1 (2,5%) apresentou retinopatia diabética e amputação de membros inferiores. Nos estudos de Almeida et al. (2011), foi observado que 12% dos participantes de sua pesquisa apresentaram problemas cardíacos, 13% retinopatia, 8% neuropatia, 3% nefropatia e amputação. Nos achados de Rodrigues et al. (2011) a retinopatia diabética estava presente em 30% dos indivíduos, 17,1% relataram ter problemas cardíacos, 14,3% neuropatia e 12,9% pé-diabético.

As dosagens de hemoglobina glicada mostraram que, do total de pacientes da pesquisa 77,5% apresentaram resultados acima de 7% que é o limite de referência adotado pela ADA (2011), indicando uma dificuldade no controle glicêmico. Apesar disso, 87,5% relataram não apresentar complicações relacionada à doença. Resultados similares podem ser vistos nos estudos de Mendes et al. (2011) onde observaram que 76,4% dos participantes não apresentaram complicações. Os nossos resultados corroboraram com os resultados de Ramos e Ferreira (2011), onde os mesmos observaram que 70% dos pacientes estudados estavam com os valores de hemoglobina glicada acima de 6,5%. Os resultados abaixo de 7% não podem descartar a presença do diagnóstico do diabetes mellitus. Esse resultado apenas indica que o paciente apresenta um controle glicêmico ideal (RAMOS; FERREIRA, 2011).

De acordo com os dados contidos na figura 2, pode-se afirmar que pacientes com idade avançada possuem maior taxa de hemoglobina glicada. Esses dados podem ser explicados por Schaan et al. (2004), onde observaram em seu estudo que com o envelhecimento, o paciente tende a apresentar uma diminuição na tolerância à glicose, o que pôde ser observado no presente estudo, corroborando com os estudos de Lopes et al. (2011), onde os mesmos observaram um aumento da HbA1c em pacientes acima de 50 anos. Sendo esses dados observados também por Velasquez et al. (2011).



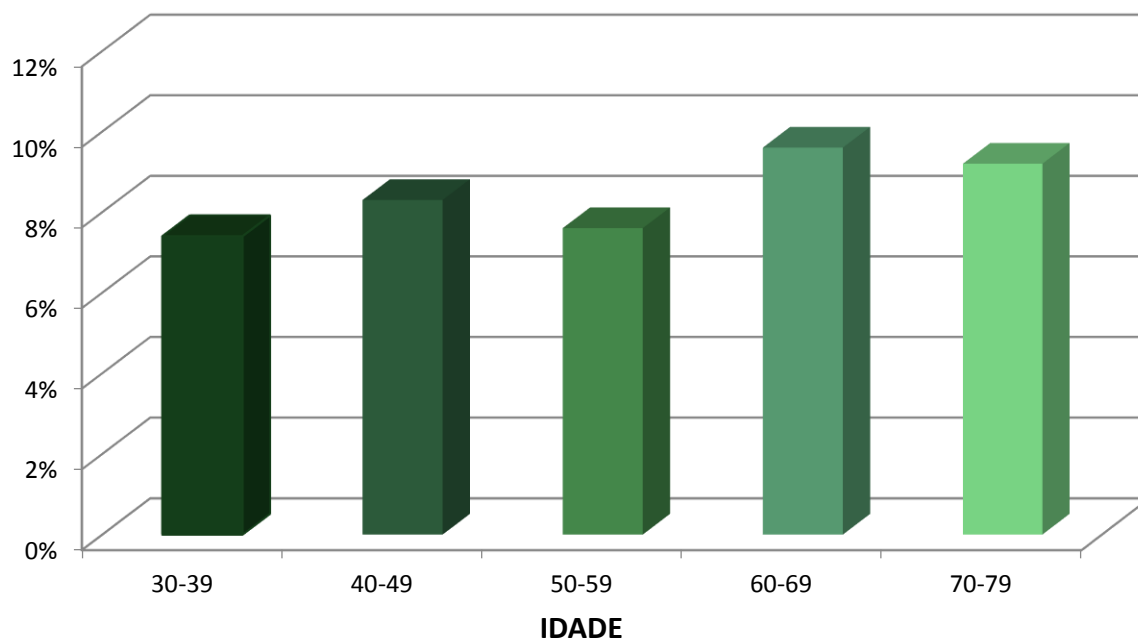


Figura 2 – Média da taxa de hemoglobina glicada relacionada à idade

Dos 40 participantes da pesquisa, 70% afirmaram saber que o diabetes mellitus bem controlado pode evitar complicações da doença. No entanto, ao serem questionados se faziam o controle glicêmico 75% responderam que sim e os demais 25% afirmaram que não. Os achados do presente estudo discordam com os achados de Nascimento et al. (2010), que observaram em seu estudo que a grande maioria dos participantes da sua pesquisa (85%) não faziam o controle glicêmico.

Outro parâmetro avaliado foi o uso de medicamentos. No presente estudo observamos que 100% dos entrevistados usam hipoglicemiantes. Porém, ao serem questionados se tomavam diariamente de acordo com as orientações médicas, 92,5% responderam que sim, 2,5% afirmaram que não e 5% disseram que nem sempre. Os



achados obtidos no presente estudo também foram encontrados por Nascimento et al., (2010), onde os mesmos, observando 40 voluntário diabéticos em São Paulo – SP evidenciaram que 100% de seus participantes usavam medicamentos, discordando com os achados de Mielczark et al. (2012), que quase metade dos participantes afirmaram não utilizar nenhum medicamento.

Os pacientes diabéticos possuem o maior risco de desenvolver o chamado “pé-diabético”, caracterizado por lesões neuropáticas, podendo ser agravado por infecções, acarretando amputação (PEDROSA et al., 1999). Em relação a essa complicação, 53% dos participantes desta pesquisa afirmaram realizar cuidados específicos com os pés. Dos que responderam sim, 33,3% hidratam os pés e usam sapatos confortáveis como medidas preventivas para evitar lesões nos pés; 38,1% somente hidratam para evitar rachaduras; 14,3% usam sapatos confortáveis e possuem cuidados ao cortar as unhas dos pés; 9,5% apenas usam sapatos confortáveis e 7,8% usam medicamentos.

Dos 40 participantes da pesquisa, 31 (77,5%) apresentaram as dosagens de hemoglobina glicada maior que 7%. Destes, 4 (13% relataram possuir complicações causadas pela doença e 27 (87%) não apresentaram complicações do diabetes. Dos 9 pacientes que tiveram os resultados de hemoglobina menor que 7%, apenas 1 (11%) relatou ter algum tipo de complicações relacionada ao diabetes.

De acordo com Camargo e Gross (2004), é de grande importância que os portadores de diabetes mellitus conheçam o papel da hemoglobina glicada, para que possam fazer o controle glicêmico. No presente estudo observou-se que 100% dos entrevistados afirmaram desconhecer o método da hemoglobina glicada, como também, sua importante função no controle glicêmico.



CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstram um descontrole glicêmico na população estudada, já que, a grande maioria (77,5%), apresentou níveis de hemoglobina glicada maior que 7%, aumentando o risco de desenvolvimento de complicações relacionadas ao diabetes. Observou-se também que há uma falta de informações sobre a doença e seus cuidados, bem como, o desconhecimento do método da hemoglobina glicada e sua importância no acompanhamento para o controle glicêmico. Sendo assim, há necessidade de realização de programas educacionais com linguagem acessível, buscando a compreensão e interesse dos portadores de diabetes mellitus, com isso, favorecendo à adesão ao tratamento, contribuindo para o controle glicêmico destes pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. P. L; CARRILHO, G. G. R. M; SÓL, A. A. N; CASTRO, M. F. C. M; LIMA, A. A. Perfil dos pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no laboratório do Asilo de Caridade (Santa Casa) de Bom Sucesso – Minas Gerais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 43, n. 1, p. 169-175, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 34, n. 1, p. 62-69, 2011.

ARAÚJO, B. M. L. Diabetes mellitus: Classificação, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e avaliação laboratorial. In: RABELO, M. M. **Manual prático de endocrinologia**. 2ª Edição. São Paulo: Editora: Fundo Editorial Byk, 384 p.2003.

ASSUNÇÃO, M. C. F; SANTOS, I. S; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 88-89, 2001.

BARBOSA, J. H. P; OLIVEIRA, S. L; SEARA, L. T. Produtos da glicação avançada dietéticos e as complicações crônicas do diabetes. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 113-124, 2009.



BEM, A. F; KUNDE, J. A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do diabetes mellitus. **Jornal Brasileiro de Patologia e medicina laboratorial**, v. 42, n. 3, p. 185-191, 2006.

BOULÉ, N. G; KENNY, G. P; HADDAD, E; WELLS, G. A; SIGAL, R. J. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardio respiratory fitness in type 2 Diabetes Mellitus. **Diabetologia**, v. 46, n. 8, p. 1071-1081, 2003.

CAMARGO L. J; GROSS, J. L. Glico-Hemoglobina (HbA1C): Aspectos clínicos e analíticos. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, v. 48, n. 4, p. 451-463, 2004.

CUKIER, R. Nefropatia Diabética. In: Vaisman, M; Tendrich, M. **Diabetes Mellitus na prática clínica**, Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1994, p. 150-159.

DCCT - RESEARCH GROUP. Diabetes Control and Complications Trial. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **The New England Journal of medicine**, v. 329, n. 14, p. 977-986, 1993.

FERREIRA, T. L; SAVIOLLI, H. I; VALENTI, E. V; ABREU, C. L. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências de Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182-188, 2011.

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE PADRONIZAÇÃO DA HEMOGLOBINA GLICADA-A1C. **Atualização sobre hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: Aspectos clínicos e laboratoriais**. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamentos_sbd_3_jan09.pdf> Acessado em: 06 de Junho de 2013.

GUYTON, A. C; HALL, J. H. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1115 p.

IMAGAWA, A; HANAFUSA, T; MIYAGAWA, J-I; MATSUZAWA, Y. A novel subtype of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of diabetes-related antibodies. **The New England Journal of medicine**, v. 342, p. 301-307, 2000.



INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Disponível em:
<<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>>. Acessado em 26 de Abril de 2013.

JAKUS, V; RIETBROCK, N. Advanced glycation end products and the progress of diabetic vascular complications. **Physiological Research**, v. 53, n. 2, p. 131-142, 2004.

LOPES, M. F; ARAÚJO, T. E; SILVA, J. K; CRUZ, O. R; LISBOA, S. E. Avaliação da hemoglobina glicada como importante marcador do diabetes mellitus. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 15, n. 3. p. 65-82, 2011.

MENDES, B. A. T; GOLDBAUM, M; SEGRI, J. N; BARROS, A. B. M; CESAR, G. L. C; CARANDINA, L; ALVES, P. G. C. M. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.

MIELCZARSKI, G. R; COSTA, D. S. J; OLINTO, A. T. M. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2012.

NASCIMENTO, B. A; CHAVES, C. E; GROSSI, A. A. S; LOTTENBERG, A. S. A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 44, n. 1, p. 40-46, 2010.

OLIVEIRA, J. E. P. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes, **Diagraphic**, p. 72, 2003.

ORTIS, M. C; ZANETTI, M. L. Type 2 diabetes mellitus risk factors in a school in the health field. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 128-132, 2000.

PACE E. A; NUNES P. D; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 312-319, 2003.

PEDROSA, H. C; NERY, E. S; SENA, F. V; NOVAES, C; FELDKIRCHER, T. C; DIAS, M. S. O. O desafio do projeto salvando o pé diabético. **Terapêutica em Diabetes**, v. 4, n. 19, p. 1-10, 1999.



RAMOS, L; FERREIRA, P. A. A. E. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011.

RODRIGUES, F. D; BRITO, G. E. G; SOUSA, M. N; RUFINO, S. M. T; CARVALHO, D. Prevalência de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus tipo 2 em usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 277-286, 2011.

SACKS, D. B; PATH, F. R. C. Carboidratos. In: BURTIS, C. A; ASHWOOD, E. R; BRUNS, D. E. **Tietz, Fundamentos de química clínica**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 383-412.

SCHAAN, B. A; HARZHEIM, E; GUZ, I. Perfil do risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 529-536, 2004.

SCHEFFEL R. S; BORTOLANZA, D; WEBER C. S; COSTA, L. A; CANANI, L. H; SANTOS, K. G; CRISPIM, D; ROISENBERG, I; LISBÔA, H. R. K; TRES, G. S; TSCHIEDE, B; GROSS, J. L. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Mellito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 663-667, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em:
<<http://www.diabetesebook.org.br/modulo-1/2-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>. Acesso em 26 de Maio de 2013.

TORRES, H. C. PACE, A. E; STRADIOTO, M. A. Análise sócio-demográfica e clínica de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 48-54, 2010.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-995, 2004.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. **The Lancet**, v. 352, n. 9131, p. 837-853, 1998.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

VELASQUEZ, G. A P; AGNES, C; SVIDZINSK, E. Hemoglobina glicada como ferramenta na avaliação do controle glicêmico de pacientes. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 43, n. 1, p. 21-25, 2011.



Avaliação do controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus

Artigo

**Caracterização do homem hipertenso assistido na atenção básica na cidade de
Cajazeiras – PB**

**Characterization of human hypertension seen in primary care in the city of
Cajazeiras - PB**

Hirla Vanessa Soares de Araújo¹
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas²
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas³
Adriana Lira Rufino de Lucena⁴
Marta Miriam Lopes Costa⁵
Katia Neyla de Freitas Macedo Costa⁶

RESUMO - A Saúde do Homem ganhou destaque no cenário das políticas públicas. A Hipertensão Arterial é a primeira causa de morte no Brasil. O estudo teve como objetivo: Avaliar a assistência prestada pelas Equipes de Saúde da Família aos homens hipertensos cadastrados e identificar seu perfil sócio demográfico. Estudo transversal de caráter exploratório, quantitativo, com 167 homens hipertensos. Predomínio de homens > 60 anos; baixo grau de escolaridade; aposentados, sedentários, tabagistas e etilistas; realizavam terapêutica medicamentosa, satisfeitos com a assistência recebida. Os resultados apontam a falta na qualidade do atendimento para este público, estando a consulta aquém do preconizado. É necessário repensar as práticas da assistência ao homem hipertenso e investir na capacitação profissional.

PALAVRAS- CHAVE: Saúde do Homem. Serviços de Saúde. Hipertensão.

¹ Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG.

² Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Docente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG.

⁴ Enfermeira. Especialista pela Faculdade Integradas de Patos (FIP). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

⁵ Enfermeira, Doutora pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Graduação/Pós-Graduação Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB.

⁶ Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Federal da Paraíba.



ABSTRACT - The man's Health has gained prominence in the scenario of public politics. The Arterial Hypertension is a first health cause problem in Brazil. Evaluate the assistance rendered by the Family Health Teams to hypertensive men registered and to identify your profile sociodemographic. Transversal study of exploratory character, quantitative, with 167 registered hypertensive men. Predominance of men > 60 years, low level of education; pensioners, sedentary smokers and alcoholics, drug therapy performed, satisfied with the care received. Lack in quality of care because the query is below expectation. It is necessary to rethink the practices of care in hypertensive man and invest in professional training.

KEYWORDS: Men's Health. Health Services. Hypertension.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral a saúde do Homem - PNAISH foi instituída com o objetivo de promover ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2009). Destaca-se o fato desse grupo reprimir suas necessidades e apresentar uma demanda baixa nos serviços de saúde (FIGUEIREDO; SCRHAIBER, 2011). Segundo o Ministério da Saúde, morrem mais homens que mulheres ao longo da vida (FONTES et al., 2011), e com o avançar dos anos certos agravos são mais prevalentes comparados a outros grupos etários e às mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse contexto estão as Doenças Cardiovasculares (DCV) que tem como principal fator de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), visualizada como um sério problema de saúde pública e primeira causa de morte no Brasil, sendo a DCV que mais acomete a população masculina conforme Oliveira, Pedrosa e Gonçalves (2008) e por sua associação a alterações metabólicas e hormonais, quando não há controle, favorece a instalação de complicações, como as doenças cérebro-vascular, arterial coronariana e vascular, insuficiências cardíaca e renal (PORTO, 2009).



O acompanhamento e registro desse grupo pelos profissionais da atenção básica, com ênfase no diagnóstico precoce e encaminhamento dos diagnosticados para tratamento de acordo com Brasil (2006), se dá a partir do Sis-HIPERDIA, cuja alimentação mensal permite o conhecimento da magnitude dessa doença, aquisição de medicamentos e a necessidade de capacitação profissional (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). A reorganização dos serviços e das práticas de saúde, propicia a maximização e a otimização do estado de saúde da população e a minimização das disparidades entre os grupos populacionais, favorecendo igual acesso aos serviços para todos (STARTIELD, 2002).

Neste contexto se buscou avaliar a assistência prestada pela equipe Estratégia Saúde da Família aos homens portadores de HAS cadastrados e acompanhados, bem como a identificação do seu perfil socioeconômico.

MÉTODOLOGIA

Estudo transversal de caráter exploratório, de campo, com abordagem quantitativa desenvolvido no alto sertão paraibano, na cidade de Cajazeiras – PB, que está localizada no extremo oeste do Estado da Paraíba, há 477 km de sua capital João Pessoa, apresentando uma população estimada de 58.446 habitantes e uma densidade demográfica de 103,28 hab/km², dos quais 27.938 são homens e 30.508 (IBGE, 2010).

A amostra foi de 167 homens das áreas de abrangência de sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), obtida a partir de cálculo amostral para população finita, tendo como base populacional 536 indivíduos do sexo masculino cadastrados no HIPERDIA, utilizando um intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%. A escolha das Unidades deu-se por sorteio, a partir da divisão geográfica por região (norte, sul, leste, oeste), por não haver divisão distrital.



A coleta de dados foi conduzida de forma intencional, interrompida quando se atingiu o quantitativo proposto, utilizando-se um questionário, elaborado pela própria pesquisadora, com alternativas de múltiplas escolhas. Foram adotados como critérios de inclusão: morar na área de abrangência, ser maior de 30 anos e cadastrado na Unidade de Saúde da Família. Os dados foram analisados por estatística simples, descritiva, utilizando-se como medida de tendência central a média, e como medida de frequência a proporção.

A pesquisa obedeceu as recomendações advindas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente a estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob CAAE nº 04862012.5.0000.5180.

RESULTADOS

Na Tabela1 observa-se que a idade dos sujeitos do estudo apresentou uma média de 62,27 anos, com 61,3% da amostra acima desse valor caracterizando um grupo de população idosa. Na distribuição por faixa etária houve uma predominância de homens acima dos 60 anos de idade perfazendo um total de 65,6%. Destaca-se 34,4% abaixo dos 60.

No tocante a escolaridade 80,6% apresenta um grau de baixa escolaridade (30% analfabetos e 50,6% até o Ensino Fundamental I) e 19,4% um bom nível (10,6% Ensino Fundamental II, 7,5% Ensino Médio e 1,3% Ensino Superior).

Na variável ocupação 66,2% declararam-se aposentados, 1,3% professores, 18,7% autônomos, 4,4% vigilantes, 6,2% vendedores e 3,2% como outras ocupações. A renda *percapita* mensal dos entrevistados foi em média de R\$ 788,4, estando 24,4 % acima da média e 75,6% abaixo.



Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos homens hipertensos do município de Cajazeiras.

Variável	f	%
Idade		
<i>20 – 30</i>	04	2,5
<i>31 – 40</i>	08	5
<i>41 – 50</i>	20	12,5
<i>51 – 60</i>	23	14,3
<i>mais de 60</i>	105	65,6
Ocupação		
<i>Aposentado/segurado</i>	106	66,2
<i>Professor</i>	02	1,3
<i>Autônomo</i>	30	18,7
<i>Vigilante</i>	07	4,4
<i>Vendedor</i>	10	6,2
<i>Outros</i>	05	3,2
Renda		
<i>Até 1 salário</i>	115	71,9
<i>1 - 3 salários</i>	41	25,6
<i>Mais de 3 salários</i>	04	2,5
Escolaridade		
<i>Não alfabetizado</i>	48	30
<i>Fund. I C/I</i>	81	50,6
<i>Fund. II C/I</i>	17	10,6
<i>Médio C/I</i>	12	7,5
<i>Superior</i>	02	1,3
TOTAL	160	100



Na Tabela 2 os dados revelam que 70% são sedentários, 22,2% são tabagista e 7,8% são etilistas. A média de peso foi 72,6 quilos e altura de 1,65 metros. A relação estabelecida entre peso e altura, através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), detectou que 58,7% estão dentro do padrão de normalidade e 41,3% são sobrepeso/obesos. Do total de homens do estudo, 98,7% realiza a terapêutica medicamentosa e 1,3% a não-medicamentosa.

Na tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco modificáveis em homens hipertensos.

Variável	F	%
Hábitos de Vida		
<i>Tabagismo</i>	37	22,2
<i>Etilismo</i>	13	7,8
<i>Sedentarismo</i>	117	70
Total	167	100,0
Peso(*)		
<i>Normal</i>	94	58,7
<i>Sobrepeso/Obeso</i>	66	41,3
Total	160	100,0
Tipo de Tratamento		
<i>Medicamentoso</i>	158	98,7
<i>Não Medicamentoso</i>	02	1,3
Total	160	100,0

(*) dado avaliado pelo IMC, considerando o peso e a altura do sujeito. Sendo IMC 18,5 a 24,99(peso normal); de 25 a 29,99 (sobrepeso) e >30 (obeso)



Disposto no **Gráfico 1** encontram-se as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde durante o atendimento aos hipertensos.

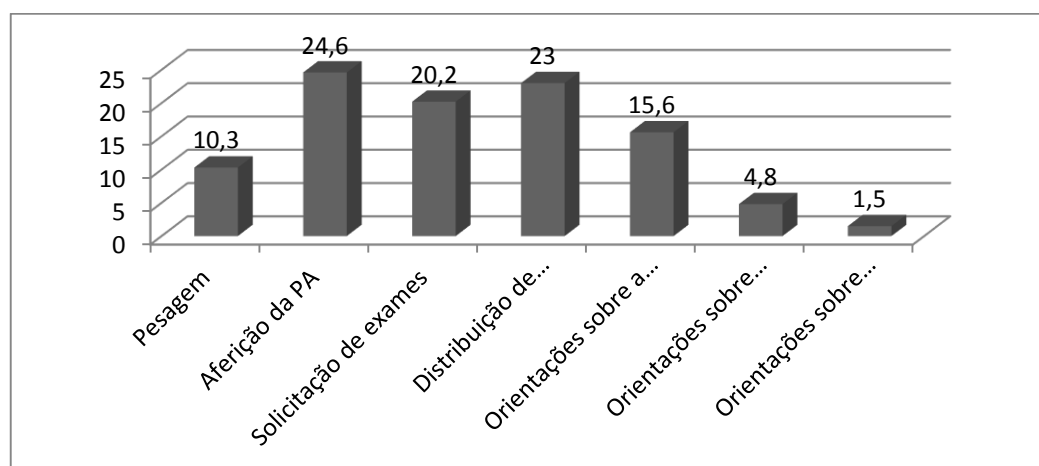


Gráfico 1 – Disposição dos procedimentos realizados na consulta das unidades básicas de saúde do município de Cajazeiras – PB.

Como os sujeitos da pesquisa podiam emitir mais de uma resposta, foram contabilizados 652 procedimentos realizados, cujos destaques foram aferição da pressão arterial (24,6%), recebimento de medicação (23%) e orientações (21,9%).

Os sujeitos se declaram satisfeitos (67,5%) com o serviço/assistência recebida, 31,3% pouco satisfeito e 1,2% insatisfeitos. Essa satisfação foi referida pela boa relação com a equipe de saúde e por, na maioria das vezes não faltar atendimento no setor. No tocante a insatisfação, ela se dá devido a repetida falta de medicamentos, demora no atendimento e carência de orientações durante o mesmo. Ao expressarem como gostariam que fosse o seu atendimento 5,4% responderam mais humanizado, e isso é reforçado quando 33,5% gostariam de receber mais orientações e 29,3% de ter mais atividades educativas.



DISCUSSÃO

Os dados revelam que a hipertensão se torna mais frequente no grupo acima de 60 anos, quando se inicia o processo de envelhecimento. Nesse período surgem alterações na musculatura lisa e tecido conjuntivo dos vasos, por isso a idade constitui um fator de risco para a HAS (SILVA et al., 2006).

O baixo nível de escolaridade compromete o grau de entendimento dos hipertensos. Esta situação minimiza o acesso às informações, possibilitadas através da leitura e da escrita, no tocante as consequências imediatas e tardias da HAS e dos benefícios com a prevenção das complicações da doença (HERÉDIA et al., 2004).

A aposentadoria possibilita mais tempo para frequentar regularmente os serviços, bem como para a prática de atividades que combatam o sedentarismo e o sobrepeso, já que o acúmulo de gordura na região abdominal é fator de risco para HA.

A atividade física preserva a capacidade motora do indivíduo que envelhece e, promove um efeito positivo em portadores de certas afecções cardiocirculatórias segundo Jacob Filho (2006), além de reduzir os níveis pressóricos, contribuir para a redução da tensão emocional e controle do peso (DOMINICE NETO et al., 2006).

A baixa renda é uma situação desfavorável para o acesso ao tratamento, visto que implica no acesso a bens de consumo. Um baixo nível de desenvolvimento sócio-econômico favorece o aumento da prevalência da HAS e dos riscos de eventos cardiovasculares provenientes do estresse e das dificuldades vivenciadas no dia a dia (OLIVEIRA et al., 2010).

Essa condição associada aos hábitos de tabagismo, etilismo e sedentarismo proporcionam condições favoráveis para o não controle da pressão. O Ministério da Saúde preconiza uma dieta balanceada para manter o IMC em padrões normais, como forma de ajuda para manter os níveis pressóricos controlados (BRASIL, 2009).



A predominância do tratamento alopático se justifica pela disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde, apesar do não farmacológico ser fácil de seguir, caso fosse mais incentivado. A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia e uma comunicação eficiente entre o profissional e o paciente é imprescindível, para tanto é necessário que orientações sejam repassadas de forma que o paciente entenda o seu compromisso e a sua participação no tratamento (LUCENA, 2010).

Há carência de um acompanhamento efetivo onde a consulta contemple todos os pontos necessários: peso, orientações, registro, dentre outras. É de competência do profissional médico/enfermeiro realizar a assistência integral à comunidade com consultas, exame físico, solicitação de exames complementares, prescrições, orientações sobre dieta, abandono ao álcool e ao fumo, incentivo a prática de exercícios físicos, e adesão ao tratamento (STARTIELD, 2002). Além disso, os profissionais devem promover a inserção do usuário na tomada de decisão que envolve seu tratamento, para que ele possa vivenciar o controle social.

A deficiência nos registros das consultas nas Unidades leva a um déficit no acompanhamento e seguimento da assistência. Na V Diretriz Brasileira de Hipertensão está determinado que o acompanhamento na unidade de saúde básica só se dá se houver o registro de pelo menos três consultas médicas ao ano com o registro dos valores da pressão no prontuário (SBH, 2006). O registro é apenas parte do atendimento, e a humanização do atendimento aproxima os profissionais dos usuários, e permite uma assistência mais focada nas necessidades destes. A responsabilização do profissional para com a saúde do usuário se constitui um dos elementos essenciais para um efetivo acolhimento (LIMA et al., 2007).

A satisfação com o atendimento intensifica a adesão ao tratamento e esta deve ser garantida através dos princípios norteadores do SUS: direito de acesso, tratamento adequado e efetivo, e atendimento humanizado (ARAKAWA et al., 2011).



CONCLUSÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é caracterizada como um problema de saúde pública e encontra no grupo masculino condições mais favoráveis para instalar-se. Os homens se mantêm afastados dos serviços de saúde e expõem-se aos riscos para a HA pela posição de invulnerabilidade construída ao longo da história e enraizamento cultural de masculinidade.

Mesmo com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem percebe-se que há várias lacunas na assistência ao grupo masculino, o que impulsionou a necessidade de avaliação da assistência prestada pelas unidades de saúde ao homem hipertenso.

No tocante ao perfil sóciodemográfico encontrou-se um grupo idoso, caracterizado por baixa escolaridade, aposentados com renda mensal em torno de um salário mínimo. Essas características associadas tornam-se favoráveis ao não controle da pressão e ao não seguimento adequado do tratamento, seja decorrente do pouco acesso às informações por falta de leitura ou não compreensão das mesmas, ou pela falta de recursos para aquisição de bens de consumo, principalmente alimentação adequada e medicamentos.

Caracteriza-se também como grupo pouco adepto aos hábitos do fumo e álcool, mas sedentários, revelando a não adesão ao tratamento não medicamentoso, pois a maioria acredita que a medicação, por si só é suficiente para o controle da doença, e por isso não vêm a importância de mudar os hábitos de vida.

Os usuários demonstram satisfação com a assistência que recebem, porém esta satisfação está voltada à presença de profissionais para atendê-los, e não à qualidade. Destaca-se que uma consulta de qualidade perpassa pelo acolhimento e por etapas complementares que foram relatados pela minoria. Estando o usuário satisfeito com o serviço faz com que ele frequente mais a unidade de saúde e fique mais atento as



recomendações e orientações ofertadas pelos profissionais, propiciando maior sucesso no seu tratamento.

Entende-se que a PNAISH é uma política, que apenas norteia os passos de quem quer prestar uma assistência de qualidade ao homem, a fim de garantir que sua esperança de vida possa ser igual ao da mulher, mas que para isso ocorra é necessário à tomada de decisão por parte de todos envolvidos no processo: gestores, profissionais no sentido de reorganizar serviços e práticas, e usuários no tocante a sua participação como ator ativo do processo e elemento essencial no controle social.

REFERÊNCIAS

ARAKAWA, A. M. et al. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. **Rev. CEFAC**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/71-11.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466/12. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

DOMINICE NETO, L. B. et al. Diagnóstico de enfermagem identificado em pacientes atendidos na liga de hipertensão do hospital universitário. **Revista do Hospital Universitário, UFMA**, v. 7, n. 1, p. 24-29, jan-jun., 2006.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 105-109, jan.-mar., 2005.

FIGUEIREDO, W. S.; SCRHAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na



saúde da população masculina. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. suplem., 2011.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

HERÉDIA, V. B. M. et al. A Realidade do idoso institucionalizado. **Textos Envelhecimento**, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em:
<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282004000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: tabela estimativas das populações residentes. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física**, v. 20, suplem. 5, p. 73-77, set., 2006.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan.-mar., 2007.

LUCENA, M. M. **Conhecimento de Portadores de Hipertensão Arterial Acerca de seu Tratamento**. (Monografia) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2010.

OLIVEIRA, G. R. et al. Saúde do Homem articulada à integralidade do cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica: é possível. In: CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, São Paulo. São Paulo: **Rev. Med**, v. 89, p. 30-31, 2010.

OLIVEIRA, T. R. P. de; PEDROSA, L. A. K.; GONÇALVES, M. D. A. Estudo da Hipertensão Arterial Sistêmica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. **Rev. Triang.**: Ens. Pesq. Ext., v. 1, n. 1, p. 97-110, jul.-dez., 2008.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2009.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão-SP, 2006.

SILVA, K. L. et al. Aspectos emocionais dos hipertensos na liga de hipertensão do Hospital Universitário. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, v. 7, n. 1, p. 9-13, jan-jun., 2006.

STARTIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.



Caracterização do homem hipertenso assistido na atenção básica na cidade de Cajazeiras – PB

Artigo

Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Disthanasia from the perspective of the intensive care nurse

Manoela da Silva Tabosa¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - A distanásia na unidade de terapia intensiva está relacionada com a não aceitação da morte. Como membro integrante da equipe intensivista, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater temas polêmicos, a exemplo da distanásia, que, neste artigo de revisão teve como foco de atenção a visão do enfermeiro acerca dessa temática. As informações foram obtidas em bases de dados disponíveis na internet, utilizando-se as palavras-chave: Atuação do enfermeiro, Distanásia, Unidade de Terapia Intensiva. Foram encontrados 15 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão. Para a análise, foi construída uma tabela contendo as seguintes variáveis: autores, ano, título, objetivo, população, resultados. Foi realizada uma categorização dos artigos, detectando-se três temáticas fundamentais: o enfermeiro e a distanásia; o enfermeiro e a visão sobre a finitude; a importância do conhecimento ético legal. Na unidade de terapia intensiva, muitas pessoas em estado crítico progredem para o cuidado paliativo, evidenciando-se a distanásia. Sejam quais forem as decisões para esta prática, os enfermeiros devem ter participação ativa na tomada de decisão, sendo imprescindível que se incentive a busca por conhecimentos e habilidades, a fim de promover a humanização no cuidado.

Palavras-chave: Atuação do enfermeiro. Distanásia. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT – Disthanasia in the intensive care unit is related to the non-acceptance of death. As a member of the intensive care team, nurses should question, reflect and discuss controversial issues, such as the disthanasia, that in this review article had as focused attention nurses' view of this subject. Information was obtained from databases available on the Internet, using the keywords: Nurses' performance, Disthanasia, Intensive Care Unit. 15 articles that met the inclusion criteria were found. For the analysis, it selected a table containing the following variables: authors, year, title, goal, population, results. A categorization of the articles was conducted by detecting three key themes: the nurse and the disthanasia; the nurse and the vision of finitude; the importance of the legal ethical knowledge. In the intensive care unit, many people in critical condition progress to palliative care, demonstrating the disthanasia. Whatever decisions

¹ Enfermeira. Concluinte do Curso de Especialização em Terapia Intensiva.

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem.



for this practice, nurses must have active participation in decision-making, being indispensable the encouraging the search for knowledge and skills in order to promote the humanization of care.

Keywords: Nurses' performance. Disthanasia. Intensive Care Unity.

INTRODUÇÃO

A Distanásia é um neologismo de origem grega que conjuga o prefixo *dys*, que significa ato defeituoso, e o complemento *thánatos*, entendido como morte. Assim, a tradução literal “morte defeituosa” estaria se referindo à morte difícil ou penosa devido ao prolongamento exagerado e desproporcional do processo de morrer, mediante tratamento que prolonga a vida biológica da pessoa agonizante (OLIVEIRA; BARBAS, 2013). O tabu relacionado à distanásia e seu preceito ético em unidade de terapia intensiva (UTI) está sempre ligado a não aceitação da morte por parte dos profissionais e a vontade, principalmente dos familiares, de manter o parente vivo, mesmo que em estado vegetativo.

Diante da falta de normas e diretrizes para a abordagem dessas questões, a discussão de possíveis condutas em relação ao enfermo em estado terminal em UTI faz-se extremamente necessária. As discussões e o consenso dentro da equipe multidisciplinar e com o paciente crítico (se possível) ou com seus familiares parece ser o primeiro passo na tomada de decisões em relação às condutas a serem adotadas quando a morte é inevitável (TOFFOLETO *et al.*, 2005).

Adquirir maior conhecimento referente aos aspectos éticos relacionados à humanização na assistência na UTI deve ser o tópico principal da discussão, não somente limitado aos profissionais de enfermagem, mas também aos demais profissionais a equipe de saúde e familiares de pessoas ali internas. Nesse contexto, é imprescindível haver uma comunicação mais aberta e eficaz no trabalho com as equipes de saúde, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para pacientes terminais ou em situações de



distanásia, otimizando cada momento, ajustando um cuidado de forma confortável e digna; observando o ser holisticamente, focando nas suas limitações e necessidades. A partir do momento que a comunicação for vista como a forma principal de prestar uma assistência plena, todos irão se beneficiar (OLIVEIRA; ROCHA, 2013).

Quando se pensa em cuidado na UTI, é importante ressaltar que os profissionais da área de saúde o contemplam como um discurso e uma prática que, coerentemente ou não, culminam em uma multiplicidade de manifestações. Cada um desses profissionais se utiliza do conhecimento que detém do mundo e do conhecimento específico que domina para prestar cuidados intensivistas (PINHO; SANTOS, 2008).

Como membro integrante da equipe multiprofissional na UTI, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho (TOFFOLETO *et al.*, 2005). Desse modo, mostrando que é um ambiente onde todos têm por dever fazer parte dos debates que surgem em prol de uma assistência ancorada na concepção da humanização, como também proporcionar ao enfermo em fase terminal uma morte digna.

Outro desafio importante na discussão acerca da distanásia é a definição do momento da morte, devendo-se considerar que a morte não tem cura. (PESSINI, 2004). Assumir que a morte faz parte da vida é uma postura nobre (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009). Toda vida humana tem, inevitavelmente, um fim e é de fundamental importância que o processo final de vida ocorra respeitando-se a dignidade do morrente (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010). Para isso acontecer é de fundamental importância um conhecimento ético-legal, pois em uma UTI os profissionais afeiçoam-se aos indivíduos que necessitam de uma assistência ininterrupta por haver um convívio diário, criando-se um elo que dificulta o processo de aceitação da finitude.



Quando um membro da família necessita internação em uma unidade de terapia intensiva, parece ser um dos acontecimentos mais difíceis e significativos na dinâmica familiar. Essa situação se torna ainda mais difícil quando o familiar se depara com um serviço em que as rotinas de visita são impostas, com horários rígidos, tempo de permanência na unidade muito curto e número restrito de visitantes por doente (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Há necessidade que alguém da equipe de enfermagem seja referência para os familiares; alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, esclarecimento de suas dúvidas e que os deixem tranqüilizados e orientados. (INABA; SILVA; TELLES, 2005). Nessa situação é que o enfermeiro é requisitado, pois é ele que está presente desde a admissão do paciente na unidade até sua alta ou óbito. O líder da equipe de enfermagem servirá como um apoio aos familiares, devendo assim se portar, pois muitas vezes aqueles que estão com seus parentes internos permanecem tão fragilizados que enxergam no enfermeiro um apoio constante.

O profissional de enfermagem promove uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda que se dá por meio da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004). Dessa forma, não se pode deixar de lado o papel do profissional de enfermagem, já que sem ele não se realiza o cuidado.

Para se identificar qual a visão do enfermeiro acerca da distanásia, foi escolhido o método de revisão integrativa, que permite o diagnóstico do tema investigado. O estudo teve por objetivo analisar como a distanásia é vista por enfermeiros intensivistas, buscando esclarecer o critério de escolha dos enfermeiros ao optarem por seguir o método.



MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa, o que permitiu abordar demandas para discutir a relevância da percepção do enfermeiro intensivista acerca de pessoas em situação de distanásia, como também esclarecer a importância da estimulação da comunicação no ambiente da unidade de terapia intensiva (UTI), fundamentando assim a prática assistencial.

A abordagem metodológica consistiu em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa. A pergunta norteadora foi à seguinte: Como o enfermeiro intensivista percebe a prática da distanásia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?

Para a busca dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: PUBMED (U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health), SCIELO, MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), sendo utilizadas as palavras-chave: Distanásia, Atuação do enfermeiro, Unidade de Terapia Intensiva. Foram encontrados 65 artigos disponíveis na íntegra, sendo desses 43 em língua portuguesa, 36 no período do estudo e foram selecionados 15 artigos de acordo com os critérios de elegibilidade. Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, no período de 2004 a 2013; Como critérios de exclusão foram utilizados: artigos que não estavam disponíveis na íntegra; artigos que surgiram em duplicidade em outra base de dados.

Os artigos foram selecionados em um procedimento composto das seguintes fases: FASE 1: leitura do título e observação da relação do mesmo com o tema: Distanásia e Unidade de Terapia Intensiva, quando atendeu aos critérios passou-se para a fase seguinte.



FASE 2: A pesquisadora realizou a leitura do resumo e novamente relacionou com o tema já descrito na fase 1. Se o artigo permaneceu, seguiu-se para a outra fase; FASE 3: realizada a leitura na íntegra de todo artigo para a extração das informações necessárias para a construção da revisão integrativa.

Para a coleta dos dados dos artigos foi utilizado instrumento adaptado contendo 7 questões. As variáveis contempladas foram: autores, ano, título, objetivo, população, resultados. Este procedimento foi realizado pela pesquisadora de forma individual e posteriormente a coleta foi validada através da comparação entre os resultados. Estes apresentados de forma descritiva, facilitando ao leitor a avaliação do método escolhido e alcançando o objetivo.

RESULTADOS

Autores	Ano	Título	Objetivo	População	Resultados
TOFFOLETTO, Maria Cecília; ZANEI, Suely S. Viski; HORA, Edilene Curvelo; NOGUEIRA, Gisele Puerta; MIYADAHIRA, Ana Maria K.;	2005	A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros.	Fornecer subsídios para a reflexão do tema, com vistas a uma participação mais ativa dos enfermeiros de UTI nos dilemas éticos	Familiares, médicos e enfermeiros.	É fundamental o envolvimento do enfermeiro em dilemas éticos. Também se faz necessário oferecer estratégias para suporte



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

KIMURA, Miako; PADILHA, Kátia Grillo.			relacionados à distanásia.		psicológico aos envolvidos, implementando uma participação ativa.
OLIVEIRA, Maria ZeneidaPuga Barbosa; BARBAS, Stela.	2013	Autonomia do idoso e distanásia.	Conhecer a opinião dos idosos sobre o exercício da autonomia, a utilização de medidas obstinadas e a escolha do local de morte para idosos na presença de doença grave e terminal.	Idosos matriculados no programa Idoso Feliz Participa Sempre – Universidade da Terceira Idade Adulta, da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).	Faz-se necessário que a evolução dos estudos e da legislação brasileira favoreça a utilização de condutas médicas adequadas no momento certo do tratamento, evitando a manutenção de falsas esperanças ao paciente



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

					moribundo e seus familiares.
PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos.	2008	Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro.	Desvelar contradições no cuidado humanizado do enfermeiro na UTI.	Sete enfermeiros, quatro familiares e um paciente em uma UTI de Adultos de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina.	O conhecimento dessa realidade seja um novo velho desafio ao enfermeiro, em busca da constante construção/reconstrução da enfermagem em termos de práticas, saberes e relações.
OLIVEIRA, Nuzinelia Marques de; ROCHA, Ana Karina Lomanto.	2013	Distanásia: a percepção do enfermeiro quanto a sua prática em UTI.	Conhecer a percepção do enfermeiro quanto a prática da distanásia na UTI.	Seis enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva Pediátrica.	O conhecimento dessa realidade constitua-se um novo desafio ao enfermeiro a fim de proporcionar melhor tratamento para pacientes em fases terminais



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

					possibilitando, desse modo, um modo de morrer com dignidade.
PESSINI, Leocir.	2004	Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira.	Refletir eticamente sobre a distanásia no contexto brasileiro, a partir da ética médica codificada no Brasil e dos paradigmas de medicina existentes.	Análise de documentos.	A crescente atenção que os programas de humanização das instituições de saúde, especialmente UTIs, vêm ganhando na área da saúde e o crescente interesse com os cuidados paliativos e alguns projetos pioneiros no país, constituindo grande lance de esperança.



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

<p>MENEZES, Milene Barcellos de; SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza.</p>	<p>2009</p>	<p>Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem.</p>	<p>Conhecer se os enfermeiros identificam a distanásia como parte do processo final da vida de pessoas em terminalidade, internadas em UTI adulto.</p>	<p>10 enfermeiros com, no mínimo, um ano de experiência em UTI.</p>	<p>Os enfermeiros interpretam a distanásia como o prolongamento de vida com dor e sofrimento, onde os pacientes terminais são submetidos a tratamentos fúteis que não trazem benefícios.</p>
<p>SANTANA, Júlio César Batista; RIGUEIRA, Ana Cláudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana.</p>	<p>2010</p>	<p>Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros.</p>	<p>Refletir sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção de um grupo de enfermeiros.</p>	<p>Cinco enfermeiros de um hospital de grande porte do estado de Minas Gerais.</p>	<p>As reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma UTI encontra-se muito distante ainda de trazer respostas prontas; necessita de novas</p>



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

					discussões por parte da equipe, família, paciente e sociedade, no que tange as questões culturais, sociais, éticas, legais e espirituais.
NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes.	2004	O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva(UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad.	Oferecer subsídios que proporcionem reflexões sobre a possibilidade de as práticas de saúde, nas Unidades de Terapia Intensiva.	Intracuidadores, doentes e seus familiares.	A enfermagem da UTI precisa estar atenta para perceber como o doente e o seu familiar vivenciam o encontro EU-TU, EU-ISSO, em um ambiente adverso ao seu, de modo a torná-lo o mais favorável possível à



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

					recuperação da saúde.
INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro.	2005	Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.	Verificar o que é comunicação adequada com a equipe de enfermagem na percepção do familiar do paciente crítico.	13 familiares de pacientes internados.	Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidá-la para potencializar nosso trabalho na Enfermagem; é preciso questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, entender as emoções.
SANTO, Caren Camargo do Espírito; LIMA, Claudia Feio da Maia; SILVA, Leandro	2013	Produção científica de enfermagem acerca da eutanásia: revisão	Descrever como a eutanásia tem sido abordada nas publicações	Análise de artigos científicos.	Temática pouco explorada no cenário nacional por pesquisadores da enfermagem.



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

<p>Andrade da; COSTA, Rafael Ferreira da; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo;</p>		<p>integrativa da literatura.</p>	<p>científicas nacionais realizadas por enfermeiros e discutir sobre os aspectos bioéticos descritos relacionados à eutanásia.</p>		<p>Os estudos encontrados não versavam exatamente sobre a eutanásia apenas, mas sobre terminalidade da vida e cuidado paliativo, distanásia, ortotanásia, e falavam de outros atores envolvidos no processo de decisão no fim da vida.</p>
<p>GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMP ER, Roberta.</p>	<p>2006</p>	<p>Sedação, Eutanásia e o Processo de Morrer do Paciente com Câncer em Cuidados</p>	<p>Discutir a prática da sedação em pacientes com câncer que estão sob</p>	<p>Profissionais envolvidos no cuidado deste paciente.</p>	<p>Considera-se que o ato de sedar um paciente com câncer em fase terminal, deve ser avaliado</p>



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

		Paliativos: compreendendo conceitos e inter- relações	cuidados paliativos.		quanto aos benefícios e/ou malefícios, valorizando a percepção da família e, se possível, do próprio paciente sobre esta prática.
FERREIRA, Ana Paula de Jesus; SOUZA, Luciene Jacinto de; LIMA, Adriana Aparecida de Faria.	2011	O Profissional de Saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa.	Identificar qual é a problemática vivenciada pelos profissionais de saúde com relação à manutenção do suporte de vida oferecido ao paciente sem possibilidade de cura, conhecido	Análise de artigos científicos.	Que não há consenso na literatura com relação aos critérios para a retirada ou manutenção do suporte terapêutico frente ao paciente que está em processo de morte.



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

			como distanásia.		
OLIVEIRA, José Rodrigo De; BRÊTAS, José Roberto Da Silva; YAMAGUTI, Lie.	2007	A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem.	Conhecidas representações das estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, sobre as questões que envolvem a morte e o morrer.	40 estudantes do sexo masculino e feminino que frequentavam a 2. ^a , 3. ^a e 4. ^a séries do curso de graduação em Enfermagem.	Entendemos que o ensino não deve contribuir com os fatores socioculturais que dificultam a elaboração do luto. Deve fornecer subsídios para o desenvolvimento cognitivo e emocional e as atitudes frente à morte, além de fortalecer a capacidade de elaboração do luto.
FORTES, Paulo Antonio de Carvalho.	2007	A prevenção da distanásia nas legislações	Analisar as legislações brasileiras e francesas	Análise documental.	Entendemos que a legislação possa refletir o estágio de



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

		brasileira e francesa.	acerca da distanásia.		discussão da sociedade sobre determinados temas e espelhar valores e princípios morais nela prevalentes, evitando que os pacientes sofram práticas distanásicas.
SILVA, Fernando Salomão da; PACHEMSHY, Luiza Rita; RODRIGUES, Inês Gimenes.	2009	Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva.	Identificar e analisar a percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva de um hospital escola em Londrina sobre distanásia em pacientes terminais na	09 enfermeiros das unidades de terapia intensiva de um hospital escola.	A vivência dos enfermeiros perante as ações de distanásia mostrou-se complexa, sendo um fator de sofrimento, frustração a inquietação para estes profissionais.



Distanásia sob a ótica do enfermeiro intensivista

			unidade de terapia intensiva.		
--	--	--	-------------------------------------	--	--

CATEGORIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

O enfermeiro e a distanásia	A1, A2, A4,A5, A6, A7, A12, A13, A15.
A morte inevitável;	A2, A3, A4, A5, A6, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A15.
A comunicação da equipe de saúde;	A1, A2, A7, A8, A9, A10, A11, A14, A15.
A importância do conhecimento ético-legal;	A1, A2, A4, A5, A7, A14.
O profissional responsável pela escolha da distanásia;	A1, A2, A5, A6, A7, A8, A10, A12, A14, A15.
O enfermeiro e a visão sobre a finitude;	A3, A4, A6, A7, A8, A10, A11, A12, A13, A15.



O cuidado de enfermagem perante a distanásia.	A1, A3, A4, A5, A6.
---	---------------------

DISCUSSÃO

Após o diagnóstico dos periódicos selecionados, houve detecção de três temáticas fundamentais: O enfermeiro e a distanásia; O enfermeiro e a visão sobre a finitude; A importância do conhecimento ético-legal. Ressaltando que todas as temáticas referidas no estudo foram abordadas de uma forma vasta e que serão debatidas nos tópicos a seguir.

O enfermeiro e a distanásia

No ambiente hospitalar, o cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. O processo de cuidar é definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado para e com o cliente, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a dignidade e totalidade humana (OLIVEIRA; BRÊTAS, YAMAGUTI, 2006).

Na tentativa de negar a existência da finitude humana e movido pelo princípio moral de preservar a vida, o profissional de saúde determina-se a utilizar um arsenal terapêutico para prolongar o tempo de morte, configurando a distanásia (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011). O termo distanásia pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação



terapêutica"; nos Estados Unidos de "futilidade médica" (medical futility) (PESSINI, 2004).

As causas mais comuns para a distanásia são: a convicção de que a vida biológica é um bem para o qual se deve investir o máximo de esforço para ser prolongada, independentemente da qualidade de vida apresentada; falta de conhecimento sobre o assunto por parte de pacientes e familiares que poderiam usar seus direitos a fim de evitar o prolongamento da agonia do paciente terminal; a angústia do médico perante o insucesso do tratamento e a dificuldade de aceitação da morte (OLIVEIRA; BARBAS, 2013). Para estes autores, a verdade é que as condutas que promovem a distanásia foram criadas para salvar vidas nos casos em que o paciente, em determinado momento, apresenta disfunção e necessita usar máquinas para realizar funções fisiológicas básicas como respirar.

Muitos pacientes na UTI progridem para o cuidado paliativo. O enfermeiro intensivista oferece forte suporte e manuseio da dor aos pacientes, alívio do sofrimento e da dor aos doentes terminais (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009). Implementar os cuidados paliativos como tratamento para os pacientes tidos como fora de possibilidades terapêuticas é propor uma nova cultura de respeito e dignidade ao ser humano nesse momento tão difícil, em que encara a própria morte (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

O despreparo para a morte ainda é comum para a maioria dos profissionais da saúde, assim como o sentimento de frustração e impotência advém da formação para a cura e a manutenção da vida. Associa-se também a impotência dos enfermeiros à limitação da competência profissional, na qual cabe ao médico decidir o momento de interromper as medidas de suporte de vida dos pacientes (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).



É essencial a prestação do cuidado de enfermagem também às necessidades da família, o que requisita o domínio do enfermeiro acerca de informações teóricas específicas e sensibilidade para lidar com esta clientela (RABELO *et al.*, 2012). Em contrapartida, observa-se também enfermeiros que tendem a manter distanciamento dessas situações, por vezes de forma consciente, em razão do sofrimento emocional que o enfrentamento dessas circunstâncias acarreta, nem sempre fácil de ser vivenciado (TOFFOLETO *et al.*, 2005).

Quando o doente se encontra em fase final de vida, há muito ainda que a enfermagem pode lhe oferecer. E para lhe proporcionar dignidade temos que nos voltar para os cuidados básicos, que nunca poderão ser considerados fúteis ou inúteis pela equipe. O que principalmente importa é oferecer ao doente uma vida digna até sua morte (SILVA, PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

Os enfermeiros identificam a distanásia, mas combatem e proporcionam a ortotanásia, sempre priorizando o conforto e o alívio da dor, num ambiente tranquilo e agradável, visando à qualidade de vida, a dimensão mais positiva do direito de morrer, sem prolongamentos abusivos de tecnologias de ponta. Na sua fase final da vida há muito que se fazer por ele, mantendo a conduta de enfermagem, sem a utilização de tecnologias sofisticadas, mas sim na interação entre equipes (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

O enfermeiro e a visão sobre a finitude

Os estudantes de enfermagem são treinados para desenvolver uma relação com o paciente segundo os modelos descritos nos livros de enfermagem. Aprendem que o cuidar é um dos ingredientes essenciais da vida; assegurando que a vida continue pela construção de um ambiente propício para crianças e adultos. Ajuda a evitar doenças, a promover a



saúde, curar ou auxiliar os vulneráveis, educar a população e elevar as relações humanas a experiências gratificantes de prazer, segurança, confiança, crescimento e atividade produtiva (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007).

Pensar no profissional de saúde como aquela pessoa que cuida traz à tona a questão dos seus aspectos pessoais e profissionais para lidar com a impactante realidade do processo de morte e morrer ((SANTO *et al.*, 2014). Muitos estudos evidenciam que os profissionais encaram a morte como um fracasso pessoal, provocado pela sensação de impotência, por não poder curar o paciente. O profissional sofre frente à impossibilidade de salvar a vida e também, em contrapartida, por manter um tratamento hostil e agressivo (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

O prolongamento exagerado da morte, submetido a intenso processo de dor e sofrimento, é método em que se prolonga a agonia, não havendo possibilidade de cura ou de melhora. Delonga a angústia, sem expectativas de sucesso ou de qualidade de vida melhor para o paciente, onde não se visa aprazar a vida, mas sim o processo de morte (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009).

Neste contexto, a enfermagem tem implicações diretas na implementação de ações terapêuticas que colaborem na qualidade de vida dos seres cuidados, na perspectiva do direito à saúde e respeito à dignidade do indivíduo e família nas diversas fases do processo terapêutico (SANTO *et al.*, 2014). Os enfermeiros utilizam-se do diálogo, da interação interpessoal, das técnicas e procedimentos para cuidar (PINHO; SANTOS, 2008).

O cuidado paliativo realiza o controle da dor e traz melhora na qualidade de vida. Não pensando em curar uma doença ou estender a vida ao máximo, mas permitir que o paciente vivo de forma tranqüila e confortável (MENEZES; SELLI; ALVES, 2009). A partir do surgimento dos cuidados paliativos, a morte passou a ser entendida como um processo natural da vida, oferecendo o apoio e a valorização que os pacientes necessitam



na situação de terminalidade (GIROND; WATERKEMPER, 2006). O Brasil ainda não possui uma política de saúde pública que reforce a importância dos cuidados paliativos e sequer são mencionados em nossa legislação (FORTES, 2007).

No campo da saúde e especificamente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, deparamo-nos frequentemente com uma diversidade de situações que envolvem o viver e o morrer, tanto em nível institucional como domiciliar (SANTO *et al.*, 2014).

Nas unidades de terapia intensiva é muito comum encontrar pacientes com muitos recursos tecnológicos, mas com resultados muitas vezes desanimadores, pois, em determinado momento do tratamento de sua doença, não é mais possível salvá-lo, sendo inevitável o processo da morte, caracterizando-os assim como pacientes terminais ou, como atualmente é denominado, paciente fora de possibilidade de cura (SILVA; PACHEMSHY; BRTITO, 2008).

A vivência em UTI possibilita-nos afirmar que essas unidades possuem algumas características próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e trabalhadores de saúde; as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

A importância do conhecimento ético-legal

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessária e prudente sobre o indivíduo para se evitar a distanásia



(FORTES, 2009). Neste cenário, as unidades de terapia intensiva passaram a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com conseqüente prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável (TOFFOLETO *et al.*, 2005).

No decorrer das atividades práticas de enfermagem e no cotidiano laboral das instituições de saúde, presenciamos algumas situações conflitantes que muitas vezes transcendem o saber técnico-científico e necessitam de reflexões por parte dos sujeitos envolvidos (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010). A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, muitas vezes tem se mostrado tímida, aquém do que seria desejável e possível (TOFFOLETO *et al.*, 2005).

Como membro integrante da equipe multiprofissional na UTI, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho (TOFFOLETO *et al.*, 2005). A vivência dos enfermeiros perante às ações de distanásia e prolongamento da vida mostra-se complexa, pois envolve aspectos bioéticos (OLIVEIRA; ROCHA, 2013). Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

Um sistema de saúde é passível de questões e dilemas éticos que, se não resolvidos adequadamente, podem comprometer a atuação profissional, a qualidade do atendimento ou a autonomia dos usuários (FRANÇA; BAPTISTA; BRITO, 2008). Autonomia não significa seguir o individualismo, pois o homem vive em sociedade e a própria ética é a forma de regular as relações entre as pessoas, harmonizando interesses individuais e coletivos (OLIVEIRA; BARBAS, 2013).



Acredita-se que o enfermo tem o direito de recusar o apoio à vida, sendo permitido que os mesmos morram por renúncia ou interrupção do tratamento, sendo eticamente diferente de ajudar no seu suicídio (FERREIRA; SOUZA; LIMA, 2011).

Práticas distanásicas muitas vezes se dão por receio dos profissionais de saúde de estarem infringindo normas legais, por medo de cometerem omissão de socorro ou eutanásia passiva, resultando em ações que causam dor e sofrimento indevido às pessoas e às famílias (FORTES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das leituras e reflexões realizadas neste estudo, foi possível compreender que as experiências dos enfermeiros desenvolvidas em atos de distanásia manifestaram-se complexas, pois envolvem fatores éticos, emocionais, afetivos e profissionais. Infere-se, portanto, que uma comunicação aberta e eficaz no trabalho com as equipes de saúde é essencial, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para pessoas em fase terminal ou em circunstâncias de distanásia. Isso proporciona melhor atendimento, cuidado de forma humanizada e completo.

Por outro lado, é necessário também fazer um aprofundamento do tema morte, debatendo na graduação em enfermagem, expondo-a como mais uma fase da existência humana. Facilitando, assim, o entendimento sobre a terminalidade e como esta é influenciada por conceitos éticos e pelos avanços tecnológicos.

No tocante aos enfermeiros, é imprescindível que se incentive a busca por conhecimentos específicos sobre a distanásia, que se promovam discussões e reflexões a seu respeito, a fim de proporcionar um cuidado mais eficaz a pessoas na etapa final da



vida. Um cuidado que se realize sob o princípio da humanização na assistência, garantindo um morrer com dignidade.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Ana Paula de Jesus; SOUZA, Luciene Jacinto de; LIMA, Adriana Aparecida de Faria. O Profissional de Saúde frente à distanásia: uma revisão integrativa. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(4):462-469.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2007, vol.53, n.3, pp. 195-197. ISSN 0104-4230.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BAPTISTA, Rosilene Santos; BRITO, Virgínia Rosana de Sousa. Dilemas éticos na hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. **Acta paul. enfermagem.**, 2008, vol.21, n.3, pp. 498-503. ISSN 1982-0194.

GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enfermagem**; 11(3); 258-263, st-dez. 2006.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Escola Enfermagem USP** 2005; 39(4):423-9.

MENEZES, Milene Barcellos de; SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 2009, vol.17, n.4, pp. 443-448. ISSN 0104-1169.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (uti): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 março-abril; 12(2):250-7.

OLIVEIRA, José Rodrigo de; BRÊTAS, José Roberto da Silva; YAMAGUTI, Lie. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Ver. Esc. De Enfermagem.** 41 (3): 386-394. 2007.



OLIVEIRA, Maria Zeneida Puga Barbosa; BARBAS, Stela. Autonomia do idoso e distanásia. **Rev. bioét.** 2013; 21 (2): 328-37.

OLIVEIRA, Nuzinelia Marques de; ROCHA, Anna Karina Lomanto. Distanásia: a percepção do enfermeiro quanto a sua prática em UTI. **Inter Scientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p.93-102, set./dez. 2013.

PESSINI, Leocir. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Ver. Bioética** 2004 - Vol. 12, nº 1.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. Escola Enfermagem USP**. 2008; 42(1):66-72.

RABELO, Ana Cleide Silva; *et al.* Vivências de mães de crianças com cardiopatias: uma pesquisa-cuidado. **Brazilian Journal of Nurse**; 11 (3) dez 21, 2012.

SANTANA, Júlio César Batista; RIGUEIRA, Ana Cláudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo - 2010; 4(4):402-411.

SANTO, Caren Camargo do Espírito; *et al.* Produção científica de enfermagem acerca da eutanásia: revisão integrativa da literatura. Ver. **Pesquisa Cuidado Fundamental**. 6 (3): 1231-1242, jul-set. 2014.

SILVA, Fernando Salomão da; PACHEMSHY, Luiza Rita; RODRIGUES, Inês Gimenes. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. 2009, vol.21, n.2, pp. 148-154. ISSN 0103-507X.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia; *et al.* A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista Enfermagem** 2005; 18(3):307-12.



Artigo

**Prevalência de distúrbios osteomusculares auto-referidos por enfermeiros de um
serviço hospitalar**

**Prevalence of self-reported musculoskeletal disorders on nurses from a hospital
unit**

Genildo Medeiros da Silva¹

Hellen Renatta Leopoldino Medeiros²

Carlos Bezerra de Lima³

Tarciana Sampaio Costa⁴

RESUMO – No meio hospitalar existem vários fatores ergonômicos relacionados com problemas ambientais e organizacionais que em longo prazo podem ser favoráveis às lesões osteomusculares dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com um grupo de enfermeiros plantonistas de um hospital público no interior da Paraíba, cujo objetivo foi verificar a existência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, o conhecimento desses enfermeiros, quanto a existência de riscos ergonômicos no ambiente de trabalho e sua capacidade para identificar os fatores determinantes para esses distúrbios. De acordo com os dados obtidos, observou-se uma predominância de adultos jovens atuantes na enfermagem na faixa etária de 25 a 34 anos, predominantemente do sexo feminino, casados, com vínculo empregatício não efetivo, ocorrendo uma desigualdade salarial em relação ao mesmo profissional com vínculo efetivo obtido através de concurso público. Percebeu-se que quanto maior o tempo na enfermagem maiores as chances para desenvolvimento de distúrbios osteomusculares Relacionados às atividades laborais, porém, todos dos profissionais negam ou desconhecem a existência de ações preventivas desenvolvidas pelo serviço para prevenir ou minimizar agravos à saúde do trabalhador. Os principais sintomas de lesões osteomusculares referidos foram: lombalgia, cervicalgia, dor nos tornozelos e pés. A postura inadequada por tempo

¹ Graduando do curso de bacharelado em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

³ Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Docente e Coordenador das Faculdades Integradas de Patos.

⁴ Doutoranda em Ciências da Saúde pelas Faculdades de Ciências Médicas de São Paulo, Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP.



prolongado foi indicada como principal fator para o aparecimento dessas lesões, seguido pelo esforço físico e carga horária excessiva. Os resultados apresentados neste estudo nos direcionam para um repensar nas condições de trabalho e nas possíveis estratégias para transformar o cenário do adoecer por fatores decorrentes do trabalho na Enfermagem.

DESCRITORES: Ergonomia. Trabalhador de Enfermagem. Distúrbios Osteomusculares.

ABSTRACT – Within a hospital location there are several ergonomic factors related to environmental and organizational problems that may lead to musculoskeletal lesions on healthcare professionals in the long term. This paper comprises an exploratory study that employed a quantitative approach conducted with a group of clinical nurses in a public hospital in the state of Paraíba, which aimed at checking for the existence of musculoskeletal disturbances related labor activities; their knowledge of ergonomic risks in the workplace and their ability to identify determinant factors for WMSD's. According to the acquired data, it was observed most of the nursing professionals are young adults between 25 and 34 years of age, most of them females, married, who work under terms of temporary contracts, which means they work for much lower salary than those who got tenure after passing a public eligibility test. It was also noted the longer the time working as a nurse, the greater the chance to develop a WMSD; 100% of the researched professionals deny or affirm not knowing about preventive actions develop by the service to prevent or hinder possible damages to their own health. The main WMSD-related symptoms reported were: back pain, neck pain, and pain in the ankles and feet. Incorrect posture for a very long time was indicated as the main factor for developing WMSD's, followed by excessive physical effort and working hours. The results presented in this study point to new ways of reviewing the work conditions and the possible strategies to prevent more and more nurses from acquiring a WMSD.

KEYWORDS: Ergonomics. Worker Nursing. Musculoskeletal Disorders.

INTRODUÇÃO

As atividades de enfermagem fundamentam-se em um corpo de conhecimentos científicos e habilidades manuais, abrangem a assistência ao ser humano desde sua concepção, estado final, morte e pós-morte, baseando-se em atitudes pessoais, profissionais, científicas e éticas, na promoção, recuperação da saúde humana e prevenção de doenças ou agravos à saúde.



Acompanhando as transformações da globalização, nos dias atuais, o enfermeiro vive o processo de transição de forma ambivalente. Por um lado, busca ser um profissional mais politizado, exigindo autonomia, valorização social e financeira, mas, ao mesmo tempo, está preso às tradições da história da profissão e submisso às condições impostas pelo sistema de saúde vigente. A situação do trabalho do enfermeiro parece caótica, não existe um registro oficial sobre o número de profissionais que estão abandonando a carreira, mas esta parece ser uma solução apontada por aqueles que consideram que a enfermagem significa apenas trabalhar muito, não ser reconhecido e não receber salário digno (SILVA; LOUREIRO; PERES, 2008).

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, em particular, tem sido especialmente afetada pelas lesões osteomusculares, os trabalhadores da enfermagem apresentam uma elevada ocorrência de lesões osteomusculares, principalmente as algias vertebrais, causadas por diversos fatores inter-relacionados. Pesquisas realizadas em vários países exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos nesses trabalhadores, estudos brasileiros mostram prevalências entre 43 e 93% desses distúrbios com o tipo de atividade ocupacional associado às condições ergonômicas inadequadas (MAGNAGO et al., 2007).

Os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos são a organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores); os fatores ambientais (espaço restrito, mobiliários inadequados, iluminação insuficiente) e as possíveis sobrecargas de segmentos corporais ocasionadas por trabalho repetitivo, movimentação e transferência de pacientes, falta de treinamento para o uso de equipamentos, técnicas e práticas de levantamento impróprias, manutenção de posturas inadequadas e estáticas, movimentos frequentes de flexão e torção da coluna vertebral e esforço físico (DAMASCENO et al., 2011).

As pessoas, em sua maioria, procuram o trabalho para ter condições de atender às necessidades básicas, poder consumir, ter satisfação e realizar-se profissional e



socialmente. Assim, o trabalho tanto intelectual quanto manual pode ser razão de satisfação ou insatisfação, ou seja, potencialmente gerador de prazer ou de sofrimento. A forma como o trabalho está organizado, o ambiente institucional e as condições de trabalho podem contribuir significativamente para o (des) prazer do trabalhador (SANTOS; TREVIZAN, 2002).

A realização de estudos envolvendo os problemas de saúde dos trabalhadores tem crescido ao longo do tempo, incluindo as investigações envolvendo os trabalhadores da enfermagem, o que tem ajudado a dar visibilidade aos acidentes e doenças do trabalho dos quais eles são vítimas. Devido à exposição ocupacional a diversos riscos existentes no ambiente e às particularidades do processo de trabalho agravadas, muitas vezes, pela precariedade das condições de trabalho, a lista dos agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem é extensa, dentre os quais têm merecido destaque os problemas musculoesqueléticos (MAGNAGO et al., 2007).

A manipulação de doentes tem sido considerada como o mais importante fator de risco na etiologia de DORT em enfermeiros, as posições extremas adotadas durante a prestação de cuidados, alguns aspectos da organização do trabalho, como por exemplo, o trabalho por turnos e o elevado número de doentes, bem como outros fatores de difícil controle, designadamente as características morfológicas dos pacientes e a inadequada configuração arquitetônica dos serviços e dos circuitos de trabalho, entre outros, são igualmente elementos que contribuem para explicar o desenvolvimento dessas lesões osteomusculares (FONSECA; SERRANHEIRA, 2006).

As exigências biomecânicas relacionadas ao manuseio de pacientes, quais sejam, manuseio de carga e realização de posturas inadequadas, comumente apontadas como danosas à região lombar, também se associam com lesões em pescoço, ombro e parte alta do dorso. A associação encontrada entre DORT em extremidades superiores distais e demanda física indica que deve ser dada atenção não só as atividades ligadas a manuseio e transferência de pacientes, mas também as demais atividades de trabalho que requerem



movimentos repetitivos e precisos com altas exigências de atenção nos procedimentos realizados pelos enfermeiros (FONSECA; SERRANHEIRA, 2006).

A partir desse conhecimento sobre como o trabalho pode trazer agravos à saúde dos homens na tentativa de adaptarem-se ao novo padrão tecnológico, mudanças organizacionais, novos valores e práticas de gestão, entre outras mudanças, considerando o crescente número de DORT nas mais diversas áreas de trabalho com um aumento crescente em profissionais de enfermagem, passamos a questionar: qual a prevalência de distúrbios osteomusculares entre trabalhadores de enfermagem? A quais DORT eles estão mais susceptível devido suas atividades? O que é feito para prevenção das mesmas?

Almeja – se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para mudanças de comportamento e de condições de trabalho em especial na rede pública, tendo em vista o potencial evolutivo dos quadros de DORT e a possibilidade do surgimento de novos casos, podendo também através do conhecimento produzido, gerar ações para a melhoria das condições de trabalho desses profissionais, em busca do fortalecimento da qualidade da assistência prestada ao paciente e da qualidade de vida dos enfermeiros.

Assim, o estudo teve como objetivo verificar a existência de distúrbios osteomusculares relacionados às atividades laborais em um grupo de enfermeiros, assim como, verificar o conhecimento das mesmas, quanto à existência de riscos ergonômicos no ambiente de trabalho, identificar os fatores determinantes para DORT, podendo também, identificar as principais manifestações clínicas referentes a DORT, e a existência de medidas preventivas no setor de trabalho.



METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo exploratório, desenvolvida mediante abordagem quantitativa, realizada com enfermeiros plantonistas de um hospital público localizado no interior da Paraíba.

A população foi composta por 120 enfermeiros do hospital de escolha. A amostra foi composta por 40 enfermeiros escolhidos de forma aleatória, igualmente selecionados dos setores: urgência e emergência, bloco cirúrgico, unidade de terapia intensiva e clínica médica que aceitaram participar do estudo através do preenchimento do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Foram inclusos na pesquisa os enfermeiros com mais de 3 anos de exercício na profissão, que trabalhavam há pelo menos 6 meses no setor, estavam de plantão no momento da aplicação do questionário e que aceitaram participar da pesquisa. Não participaram do estudo os que não trabalhavam nos setores supracitados do hospital ou atuavam em outra função, como por exemplo, enfermeiros que atuam como técnicos de enfermagem.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário contendo questões objetivas elaboradas em articulação com os objetivos do estudo, composta por dados sociodemográficos e dados referentes ao objetivo do estudo.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos – FIP onde obteve parecer favorável para realização da pesquisa de acordo com princípios éticos, através do protocolo de nº 130/2012. A pesquisa foi norteadada pelos aspectos éticos, conforme descrito na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL - G,1996).

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2013 e os resultados foram disponibilizados em tabelas e gráficos, cuja análise estatística se deu de forma analítica e



de acordo com suas variáveis, posteriormente, foram discutidos e relacionados à literatura revisada neste estudo, a partir da leitura e da compreensão dos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas dos enfermeiros entrevistados em Patos – PB

Variável	Classes	f	%
Idade	25 à 29 anos	15	37,5%
	30 à 34 anos	15	37,5%
	35 à 39 anos	06	15%
	≥ à 40 anos	04	10%
Gênero	Masculino	05	12,5%
	Feminino	35	87,5%
Estado Civil	Solteiro	16	40%
	Casado	21	52,5%
	Divorciado	02	5%
	Viúvo	01	2,5%
Vínculo empregatício	Contratado	21	52,5%
	Efetivo	19	47,5%



Tempo de atividade	3 a 7 anos	27	67,5%
	8 a 12 anos	07	17,5%
	13 a 17 anos	03	7,5%
	≥ 18 anos	03	7,5%
Desenvolve outro tipo de atividade	Sim	08	20%
	Não	32	80%
Total		40	100%

Fonte: dados da própria pesquisa

Na tabela 1 pode-se constatar uma predominância de adultos jovens atuantes na enfermagem na faixa etária de 25 a 34 anos, correspondendo a 75% (30) dos entrevistados, sendo a idade mínima observada de 25 anos e máxima de 50 anos. A formação de jovens na enfermagem deve-se principalmente ao fato do ingresso cada vez mais cedo dos vestibulandos nos cursos de graduação formando profissionais jovens para o mercado de trabalho.

Em estudo realizado por Costa et al. (2009) sobre o perfil do aluno ingressante na enfermagem, foi identificado uma predominância de jovens com idade entre 18 e 22 anos, predominantemente, do sexo feminino que dependiam economicamente dos pais.

A tabela 1 também confirma uma tendência que segue a enfermagem desde seu surgimento, por ser formada predominantemente pelo gênero feminino com 87,5% (35) dos entrevistados, isso reflete a constituição destes profissionais em todo o país, uma categoria predominantemente feminina. Em todos os serviços de saúde verifica-se a predominância das mulheres, mesmo com o aumento significativo nos últimos anos do gênero masculino.



De acordo com Lopes e Leal (2005) ao retomar o aspecto sócio – histórico citam a enfermagem como nascimento de um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. É a condenação desses saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício.

De acordo com Ribeiro et al. (2012), considerando que a equipe de enfermagem é composta predominantemente pelas mulheres, é importante que se reconheçam as diferenças inerentes ao gênero para qualquer análise do processo saúde-doença dessa classe trabalhadora. Assim, enquanto as atividades domésticas, geralmente atribuídas às mulheres, não são consideradas “trabalho”, pois se tratariam apenas de atividades de manutenção das condições para a realização do autêntico trabalho, a desigualdade entre os sexos é perpetuada, causando maiores agravos à mulher trabalhadora.

Neste mesmo sentido Leite et al. (2007) enfatizam a importância de que em pesquisas sobre gênero, trabalho e saúde, as situações de vida sejam avaliadas como um todo, contemplando as interações que se verificam entre trabalho doméstico e remunerado sendo este um aspecto chave na compreensão do impacto diferenciado das condições de trabalho sobre a saúde de homens e mulheres, lembrando a agudização do peso da tripla carga de trabalho imposta às mulheres.

Em relação à situação conjugal, verificou-se uma prevalência de casados 52,5% (21) dos entrevistados, dados que somados ao processo de trabalho podem contribuir para o aumento da exposição aos riscos de agravos à saúde, pois muitas vezes, esses trabalhadores sobrepõem às jornadas laborativas outros compromissos familiares, acarretando uma maior sobrecarga de atividades e gerando problemas de saúde.

Segundo Alves e Godoy (2009), em um estudo realizado para definir as causas de absenteísmo na enfermagem, quanto ao estado civil, verificou-se que dos 143



funcionários faltosos, 67,1% (96) são casados e 25,2% (36) solteiros. Outros 6,3% (9) e 1,4% (2) são, respectivamente, divorciados e viúvos. Ao abordar o absenteísmo relacionado ao adoecimento e estado civil, afirmam que os trabalhadores casados apresentam maior índice de afastamentos por terem mais responsabilidades domésticas. Dados que corroboram com a afirmação de que os casados estão mais susceptíveis aos distúrbios osteomusculares devido menos tempo de repouso e aumento de situações desgastantes.

Quanto ao vínculo empregatício, observa-se uma predominância dos prestadores de serviços, profissionais sem nenhum vínculo empregatício, que na maioria dos casos, encontram uma oportunidade de trabalho por vínculo político. Verifica-se uma desvalorização salarial desse grupo em relação aos profissionais que atuam por meio de concurso público, sobrecarga de trabalho, imposição às mínimas condições de trabalho e várias exigências, o que pode vir a elevar a incidência de DORT. A insatisfação e o desânimo foram observados em 100% (21) dos profissionais entrevistados que não possuem vínculo empregatício com a instituição.

De acordo com Elias e Navarro (2006), as transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, recebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco.

É importante resaltar que na enfermagem do hospital fonte do estudo a diferença salarial existente para mesma categoria profissional, com mesma carga horária, desempenhando as mesmas atividades assistências e burocráticas, diferenciados apenas pela forma de vínculo empregatício é extremamente injusta ocorrendo disparidade de até 50% de diferença entre remuneração do profissional efetivo e o contratado, além de outros direitos trabalhistas que são negados de maneira desumana ao servidor não efetivo.



Percebeu-se que quanto mais tempo na enfermagem maiores os números de distúrbios osteomusculares enfrentados, nesse sentido verificou-se que 9,8% (09) dos entrevistados desempenham ações de enfermagem há mais de 10 anos e 100% desse grupo apresenta sintomas comuns como; lombalgia, dores na região cervical e membros inferiores.

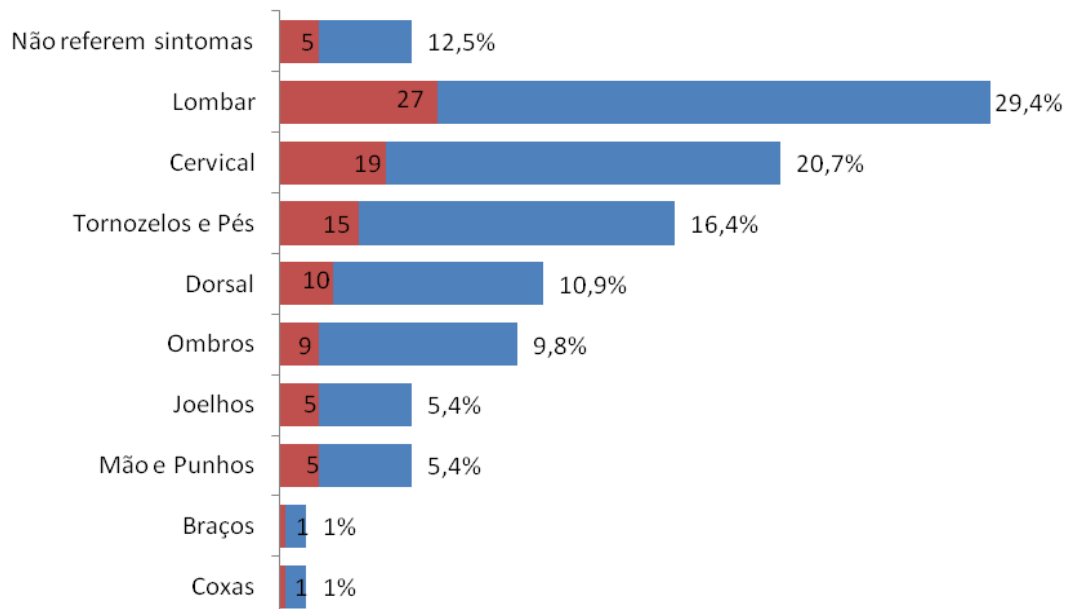
De acordo com Magnago et al. (2007) o local de trabalho, sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético sendo que a exposição contínua e prolongada aos fatores de risco no local de trabalho tem favorecido o surgimento das doenças ocupacionais.

Ainda na tabela 1, observou-se que 80% (32) não possuem outro vínculo empregatício e 20% (08) afirmam possuir outro vínculo formal, destes, 100% atuam também como docentes em instituições de ensino da saúde.

Neste mesmo sentido, Stacciarini e Tróccoli (2007) observaram que essa diversidade de ocupações sugere um quadro heterogêneo no que se refere aos problemas enfrentados pela categoria e certamente entre essas, algumas podem ser consideradas como favoráveis ao estresse. Algumas ocupações oferecem mais riscos ao estresse e, dentre elas, a enfermagem é citada, pelo fato do profissional trabalhar com enfermidades críticas e com situações de morte. Se acatarmos estes elementos como estressores no trabalho do enfermeiro, possivelmente os mais propensos seriam os profissionais assistencialistas. Mesmo assim, acreditamos que nas diferentes ocupações exercidas por este profissional, existem fontes estressoras diversas, mesmo para aqueles que não estão lotados em áreas de atendimento crítico.



Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto às principais regiões acometidas por sintomas referentes a DORT.



Fonte: dados da própria pesquisa.

As regiões mais acometidas pela sintomatologia de DORT foram observadas em 87,5% (35) dos entrevistados. Os principais sintomas referidos são: lombalgia (29,4%), dor na cervical (20,7%), dor nos tornozelos e pés (16,4%), região dorsal (10,9%), ombros (9,8%), joelhos (5,4%), mãos e punhos (5,4%), coxas e braços (2%).

Em pesquisa semelhante, Ribeiro et al. (2012) identificaram prevalência de DORT em pelo menos um segmento corporal 83,4% dos casos. Ao considerar as regiões corporais de forma isolada, constataram as mais elevadas prevalências nas seguintes regiões: lombar (53,9%), pernas (51,9%), pescoço (36,4%), parte alta do dorso (35,7%) e ombros (33,8%). Ao analisar as regiões em conjunto, verificaram que 65,6% dos indivíduos referiram DORT nos membros inferiores (coxa, joelho, perna, tornozelo ou



pé), 57,1% referiram DORT em pescoço, ombro ou parte alta do dorso e 32,8% em extremidades superiores distais (cotovelo, antebraço, punho, mão ou dedos).

O Ministério da Saúde afirma que apesar da coluna lombar sempre ser destacada como a principal região acometida em profissionais de enfermagem, verifica-se que quando foram consideradas na análise as regiões do pescoço, ombro e parte alta do dorso conjuntamente, como já realizado em outros trabalhos os sintomas nessa região foram mais prevalentes (57,1%, quando comparados a 53,9% na região lombar). Essa análise conjunta de pescoço, ombro e parte alta do dorso pode ser adotada, pois se considera que estes segmentos atuam como uma unidade funcional, sendo difícil identificar especificamente os fatores de exposição e sintomas para cada área separadamente (BRASIL - D, 2010).

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos conhecimentos dos riscos ergonômicos, problemas relacionados à atividade laboral, ações preventivas desenvolvidas pelo serviço e presença de colegas de profissão com DORT.

Variável	Classes	f	%
Possui conhecimento sobre os riscos ergonômicos da enfermagem?	Sim	38	95%
	Não	02	5%
Desenvolveu problemas de saúde referente a atividade laboral?	Sim	19	47,5%
	Não	21	52,5%



Há ações desenvolvidas pelo serviço na prevenção de doenças ocupacionais?	Sim	0	0
	Não/Desconhece	40	100%
Possui colegas de profissão com DORT?	Sim	21	52,5%
	Não	19	47,5%
Total		40	100%

Fonte: dados da própria pesquisa.

Conforme exposto na tabela 2, (95%) dos entrevistados (38) conhecem os riscos ergonômicos de suas atividades e 02 (05%) desconhecem tais riscos. Entretanto, mesmo sabendo dos riscos aos quais estão expostos, o desenvolvimento de ações voltadas à saúde dos profissionais inexistente na prática hospitalar do serviço em estudo.

Segundo Elias e Navarro (2006), o estudo das condições de trabalho permite ao trabalhador e às instituições de saúde identificar os problemas e, por meio da discussão das mesmas, propor mudanças no processo de trabalho, contribuindo para a melhoria das condições laborais e influenciando, assim, na promoção da saúde e na prevenção de doenças nos trabalhadores de enfermagem.

De acordo com Ribeiro et al. (2012), o risco ocupacional pode estar oculto por ignorância, falta de conhecimento ou de informação, o que faz com que o trabalhador não suspeite do risco, fator desfavorável para sua saúde, uma vez que, a eliminação dos riscos implica, primeiramente em conhecê-los.

Em estudo semelhante, Souza et al. (2012) perceberam que a equipe de enfermagem é falha quando se trata de conhecer seus direitos como a Norma



Regulamentadora 17 (NR-17), que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos empregados de modo a proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente e na Norma Regulamentadora 9 (NR-9) que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais, visando à preservação da saúde e da integridade do trabalhador, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, considerando a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

Observou-se na tabela 2, que 19 (47,5%) profissionais afirmaram já ter apresentado algum problema de saúde relacionado à atividade laboral, entre esses, foram citados bursite, lombalgia, edema em MMII, varizes, dor nos MMII, hérnia de disco, ciáticoalgia, insônia, alopecia, stress, cansaço, Tuberculose primária, LER, torcicolo, escoliose e tendinite, como os distúrbios mais associados pela população em estudo, do contrário, 21 (52,5%) não associaram nenhum distúrbio a sua profissão.

De acordo com dados obtidos, nota-se que grande número de profissionais de enfermagem atribue distúrbios na saúde ao tipo de atividade que desenvolvem. A falta de atividades referentes aos cuidados com o bem estar dos servidores é observada em todos os setores que a enfermagem atua.

Conforme Leite et al. (2007) atualmente se sabe que os DORT não são originados apenas por lesões repetitivas, estando relacionados a diversas atividades, ocorrendo em uma multiplicidade de profissões. Dessa forma vários estudos abordam os problemas do aparelho osteomuscular atribuídos à atividade laboral das profissionais de enfermagem, revelando um grave problema à saúde dessa categoria no Brasil.

Afirmam ainda que outro ponto a destacar é que nem sempre os DORT são reconhecidos ou apontados como doença do trabalho, já que, na maioria das vezes, as atividades desempenhadas pelos trabalhadores de enfermagem, em especial as mulheres,



no lar, ou seja, as tarefas domésticas, também demandam um desgaste do aparelho osteomuscular, dificultando a comprovação da relação da doença com o trabalho.

Quanto à existência de ações desenvolvidas pelo serviço de saúde para prevenção de doenças ocupacionais, a tabela 2 informa que, assim como acontece na maioria dos serviços públicos do país, 100% dos profissionais negaram ou desconhecem a existência de tais ações. Visto a diversidade de problemas osteomusculares aos quais podem ser acometidos os profissionais de enfermagem, encontra-se totalmente falho ou inexistente programa desenvolvido pela instituição objetivando prevenir ou minimizar esses agravos.

Neste contexto, Brasil - C (2012) cita a Norma Regulamentadora 7 (NR-7) que visa à obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto de seus funcionários; esta norma também estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do programa, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

Além disso, o Ministério do Trabalho, através da NR 9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais, existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Segundo esta norma, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (BRASIL - E, 2008).



Segundo Ministério do Trabalho, na NR 32 o profissional de saúde está susceptível aos riscos ocupacionais como biológicos, químicos, físicos, radiações ionizantes, dentre outros (BRASIL - F, 2008).

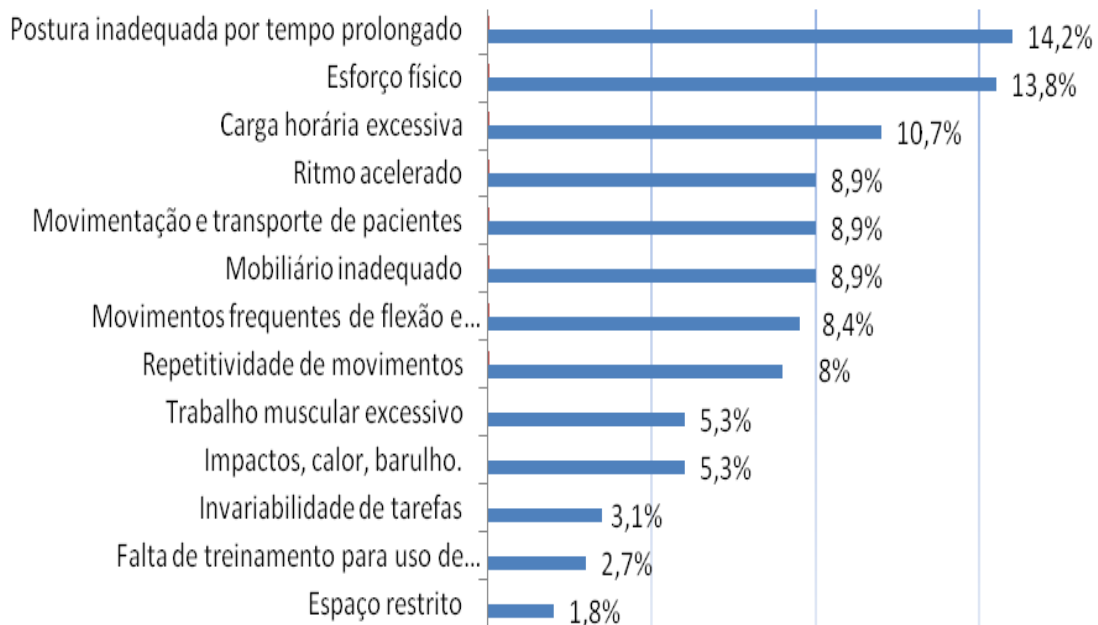
Teixeira (2007) afirma que os riscos de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem têm diversos fatores inter-relacionados, alguns tipos de atividades e as condições ergonômicas inadequadas tornam mais propenso à ocorrência desses riscos. O conhecimento das doenças e suas particularidades, assim como o risco a que o trabalhador de enfermagem está exposto durante o exercício de sua profissão, auxiliam o profissional em possíveis condutas de prevenção e cuidado, o que poderia diminuir os acidentes de trabalho durante o atendimento.

Na tabela 2, observa-se que 21 (52,5%) profissionais conhecem colegas de profissão que desenvolveram DORT, sendo citada a hérnia de disco, tendinite, condromalacia, ciáticoálgia, escoliose e bursite.

Segundo Barbosa et al. (2011) Os DORT não são causados por um esforço repetitivo qualquer, as causas vão além dos sintomas físicos, passam pela organização do trabalho, dificuldades interpessoais bem como os fatores ergonômicos.



Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto aos principais fatores determinantes para aparecimento de DORT nas atividades de enfermagem



Fonte: dados da própria pesquisa

Conforme exposto no gráfico 2, podemos identificar que a postura inadequada por tempo prolongado foi indicada pelos enfermeiros da pesquisa como sendo um dos principais fatores para o aparecimento de DORT em consequência de suas atividades laborais, seguidos pelo esforço físico e carga horária excessiva. Observando-se a rotina dos enfermeiros é fácil identificar várias situações pelas quais são expostos, o esforço físico ao assistir clientes com pouca mobilidade e ainda a carga horária excessiva imposta pelo setor.

De acordo com o Ministério da Saúde as posturas que podem causar afecções musculoesqueléticas possuem três características que podem estar presentes simultaneamente: posturas extremas que podem forçar os limites da amplitude das



articulações, postura de pronação do antebraço, a força da gravidade impondo aumento de carga sobre os músculos e outros tecidos, posturas que modificam a geometria musculoesquelética e podem gerar estresse sobre tendões, músculos e outros tecidos e/ou reduzir a tolerância dos tecidos (BRASIL - B, 2012).

Teixeira (2007) enfatiza que a carga horária laboral excessiva e o próprio trabalho do enfermeiro são tidos como alarmantes e podem ser importante causa da deterioração da qualidade da assistência de enfermagem como gerador de ansiedade, sofrimento psíquico, estresse ocupacional, desgaste e insatisfação profissional. Constatou também, que não é real a crença de que o estresse profissional de enfermeiros de unidades críticas é vivenciado de forma mais intensa quando comparado ao dos profissionais de outras unidades. Os enfermeiros de unidades abertas relataram alto nível de estresse devido ao relacionamento com outras unidades e supervisores, a assistência prestada ao paciente, a coordenação das atividades na unidade e as condições de trabalho para o desenvolvimento de suas atividades.

De acordo com Souza et al. (2012) os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios osteomusculares são aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de recursos humanos, mobiliários inadequados, iluminação insuficiente, força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais.

De acordo com o Ministério da Saúde, os fatores ergonômicos, como a repetição de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, fatores organizacionais e psicossociais, e outros fatores, quando associados à intensidade, duração e frequência, podem concorrer para o surgimento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (BRASIL - A, 2012).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gênese de DORT na enfermagem apresenta relação com uma variedade de atividades, um fator complicante é a comprovação desta relação, intensificando o sofrimento dos acometidos e gerando subnotificação dos dados. O aumento de cobranças pela qualidade da assistência, sem que sejam oferecidas condições favoráveis para o desenvolvimento das ações, ocasiona prejuízo à saúde e aumenta o surgimento de problemas osteomusculares nessa categoria.

Conhecer os aspectos que determinam o aparecimento de DORT é fundamental para os profissionais de saúde, pois somente a partir dessa compreensão será possível estabelecer medidas de prevenção e entender porque um profissional pode sentir dor e não apresentar lesões, uma abordagem multiprofissional e sistêmica dos problemas de saúde, no trabalho, poderá minimizar ou prevenir o surgimento de DORT. Os agravos à saúde do trabalhador enfermeiro existem e merece destaque importante no trabalho hospitalar e no conjunto da saúde. Assim, recomenda-se que deve ser incorporada ao cotidiano desses profissionais, a prevenção através do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital, oferecendo condições de reajustes na sua condição de vida e trabalho, com adaptação em funções, setores e horários menos estressantes para melhor enfrentamento dos estímulos externos e internos.

A elevada tensão emocional advinda do cuidado direto de pessoas enfermas, associada às longas jornadas, à baixa remuneração da maioria dos profissionais, ao frequente emprego duplo, ao desenvolvimento de tarefas desagradáveis, gera danos à saúde, propiciadores de Distúrbios Osteomusculares, prejudicando a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. O trabalho saudável deve ser adequado no que diz respeito às potencialidades e limites das condições humanas, das organizações, adaptando o local de trabalho e melhorando condições de trabalho e recursos disponibilizados.



Os enfermeiros formam um grupo populacional que cumpre um dos mais importantes papéis sociais e humanitários, a saúde destes trabalhadores é essencial para o desenvolvimento da qualidade na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, M; GODOY, S.C.B. A Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo – doença em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.5, n.1, 2009.

BARBOSA, M.S.A, et al. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.5, n 60, 2011.

BRASIL, (A) Ministério da Saúde Departamento de Ações e Estratégias. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort> acessado em 10/03/2013.

_____(B) Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho**. lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.10, Brasília, 2012.

_____(C) Ministério da Saúde **Instrução normativa nº 98 INSS**, de 05 de dezembro de 2003 Disponível em: <http://www.sindsefsp.org.br/site/content/files/comissoes-tecnicas/>> Acesso em: Março, 2012.

_____(D) Ministério da Saúde, **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114, Brasília, 2010.

_____(E) Ministério do Trabalho. **Comitê de LER**: Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT. Brasília, 2008.

_____(F) Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora nº9 (NR-9) e nº32 (NR-32). Dispõe sobre o Programa de prevenção de riscos ambientais de 08 de



junho de 1978. Diário Oficial da União de 06/07/1978. Disponível em:
<http://www.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras/NR-> acessado em
10/03/2013.

_____(G) Resolução 196/96. 10 out. 1996 dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1996.

COSTA, F. M. da et al. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 62, n. 1, 2009.

DAMASCENO, D.D. et al. Fatores que predispõem a equipe de enfermagem às lesões osteomusculares no exercício das atividades laborais, **Revista Holos**, v.1, n.27, 2011.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.14, n. 4, 2006.

FONSECA R; SERRANHEIRA F. Sintomatologia musculoesquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**.v.6, n.1, 2006.

LEITE P. C, et al. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.41, n. 2, 2007.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C; A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira, **cadernos pagu**, n. 24, 2005.

MAGNAGO, T. S. B. S. de; et al. **Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho**. Revista brasileira de enfermagem, v.60, n.6, 2007.

RIBEIRO, N.F, et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.2, 2012.

SANTOS, M. S. dos; TREVIZAN, M. A. O Sofrimento Psíquico no Trabalho do Enfermeiro, **Revista Nursing**, v.9.n.132, 2002.



SILVA, D. C. M. da; LOUREIRO, M. de F. e PERES, R. S. **Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar**, Psicologia hospitalar. v.1, n.6, 2008.

SOUZA, K. G. S; et al. Riscos ergonômicos e a atividade laboral dos enfermeiros em um hospital público. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 6, n.1, 2012.

STACCIARINI, J. M. R; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino americano de Enfermagem**. v.9, n.2, 2007.

TEIXEIRA, R. C. de **Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho - Mestrado em Enfermagem** . Universidade Federal do Paraná, 2007.



Artigo

A comunicação entre fisioterapeuta e paciente: Um processo em construção

Communication between therapist and patient: A process in construction

Priscila Batista Barrêto¹

José Humberto Azevedo de Freitas²

Maria Iridene Batista Barreto³

José Ivan Viana e Silva⁴

Danielle Santiago de Sousa Leão Fernandes⁵

RESUMO – Introdução: O fisioterapeuta busca o bem-estar físico e biopsicossocial integral do paciente, por isso a comunicação é o fator primordial para estabelecer a interação entre ambos. Objetivo: Analisar a comunicação entre fisioterapeuta e paciente. Materiais e método: Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, transversal e descritiva e com abordagem quali-quantitativa. A amostra constitui-se de 30 fisioterapeutas que atuam na Policlínica Orcino Guedes ou na Faculdade Santa Maria ou no Hospital Regional de Cajazeiras – PB que responderam voluntariamente a um questionário composto por três questões subjetivas, que foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e uma objetiva, analisada pelo método estatístico descritivo. Resultados: A maioria da amostra envolvida é jovem na faixa de 31 a 42 anos e do sexo feminino. A análise dos discursos demonstrou que os fisioterapeutas analisados acreditam que uma boa formação deve ser pautada no conhecimento técnico, nas atividades práticas, ética e respeito com os pacientes e que a comunicação tem papel fundamental no desempenho profissional. Em relação às habilidades e competências necessárias para que o fisioterapeuta seja melhor compreendido pelo paciente, as mais relatadas foram linguagem simples e segurança no atendimento. A análise estatística descritiva relatou que o aspecto mais valorizado foi o poder das relações terapeuta/paciente sobre o tratamento e prognóstico. Conclusão: O diálogo contribui para uma efetiva interação com o paciente e influencia no processo terapêutico.

¹ Graduada do curso Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Santa Maria.

² Professor Esp. da Faculdade Santa Maria.

³ Professora Ms. em Linguística da Faculdade Santa Maria.

⁴ Graduado do curso Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Santa Maria.

⁵ Professora da Faculdade Santa Maria.



PALAVRAS-CHAVE: Comunicação. Meios de comunicação. Fisioterapia. Assistência ao paciente.

ABSTRACT – Introduction: Physical therapists seeking full physical and biopsychosocial well-being of the patient, so communication is paramount to establish the interaction between both factors. Objective: To analyze the communication between therapist and patient. Materials and method: This is a field study of exploratory, cross-sectional and descriptive and qualitative and quantitative approach. The sample consisted of 30 physical therapists working in Polyclinic Orcino Guedes, in Santa Maria College and Regional Hospital Cajazeiras – PB voluntarily responded to a questionnaire containing three subjective questions, which will be analyzed by the method of the Collective Subject Discourse of Lefevre and an objective, analyzed by descriptive statistical method. Results: The majority of the sample involved is young in the range 31-42 years and females. The discourse analysis showed that physiotherapists analyzed believe that a good education should be based on technical knowledge, more practice, ethics and compliance activities with patients and that communication plays a fundamental role in job performance. In relation to the skills and competencies necessary for the therapist to be better understood by the patient, the most frequently reported were simple language and safety of care. The descriptive statistics reported that the most valued aspect was the power of the therapist / patient relationship on the treatment and prognosis. Conclusion: Dialogue contributes to effective patient interaction and influence in the therapeutic process.

KEYWORDS: Communication. Meios of communication. Physiotherapy. Patient care.

INTRODUÇÃO

A formação profissional tem sido bastante discutida atualmente, por estudiosos interessados em descobrir meios de melhorar o comportamento ético, formas de comunicação e competência profissional. É notória a deficiência generalizada em todos os setores sociais do país principalmente, no campo da saúde. Porém, é preciso desmistificar que a origem para essa crise não é somente a falta de recursos e investimentos, mas também, encontra-se na falta de comunicação entre o profissional e o paciente (SUBTIL et al, 2011).

Discutir sobre comunicação enquanto processo a ser construído nas relações interpessoais com indivíduos que buscam assistência em um serviço de saúde é, de fato, um incontestável desafio. Isto se comprova pela materialização de práticas, durante este



processo, de ambos, profissional e paciente, mediadas pelo aspecto histórico-sócio-cultural que marca os seres em contexto de interação (COELHO, 2006).

Nesse processo, desempenham importante função as maneiras (linguagens, meios, símbolos, códigos, etc.) pelas quais se constrói o processo de comunicação entre o fisioterapeuta e o cliente. Desse modo, a competência interpessoal surge como eixo central para a construção de tal processo sugerindo que tal competência é entendida como a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação. Pois a comunicação conecta-nos com o mundo, pois somos seres sociais e precisamos estar conectados, muitas vezes nossas necessidades básicas podem ser satisfeitas apenas com alguma forma de canal (DAVIS, 2007):

O terapeuta deve entender que parte do processo de socialização profissional envolve a adoção de valores que usualmente se sobrepõem aos nossos valores pessoais. Visualiza-se, pois a necessidade de que o profissional, enquanto elemento decisivo do cuidado terapêutico esteja ciente de sua função na construção da comunicação como parte fundamental do tratamento (O`SULLIVAN; SCHIMITZ, 2010).

Os objetivos desse estudo foram analisar a comunicação entre fisioterapeuta e paciente, verificar as habilidades e competências comunicativas necessárias ao exercício da fisioterapia e saber os aspectos mais valorizados na interação.

MÉTODOS E MATERIAIS

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, transversal e descritiva com abordagem quali-quantitativa.

O presente estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras - PB com uma amostra de 30 fisioterapeutas formados, inscritos no CREFITO que atuam na Policlínica Orcino Guedes ou na Faculdade Santa Maria ou no Hospital Regional de Cajazeiras.



A coleta ocorreu por meio de um questionário, respondido voluntariamente, abordando os aspectos profissionais, habilidades de comunicação e interação profissional-paciente, composto por 4 questões, sendo 3 subjetivas, que foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (DSC) que é uma metodologia de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos e consiste em apresentar os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso e uma questão objetiva analisada de forma estatística descritiva, através percentagens expostas em gráfico (LÉFREVE; LÉFREVE; TEIXEIRA, 2000). A coleta dos dados aconteceu em outubro de 2013, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, sob protocolo nº 415.148, autorização da Secretaria Geral da faculdade e de acordo com as normas da Resolução CNS 466/12.

Os fisioterapeutas que se inseriam nos quesitos para participação da pesquisa, eram convidados no seu respectivo local de trabalho para responderem o questionário e tinham a opção de responder no momento da abordagem ou entregarem em outro dia pré-determinado, para que a pesquisa não interferisse no horário do expediente.

O questionário semi-estruturado foi baseado no questionário de Coelho, ao lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes preenchem os dados sócios demográficos: iniciais, idade e sexo e respondiam o questionário composto por 4 questões divididas em 3 áreas, a área I – formação profissional continha a primeira pergunta sobre quais aspectos eram considerados importantes para a formação de um bom profissional fisioterapeuta, a área II – habilidades de comunicação abordou mais dois questionamentos: qual a importância da comunicação no bom desempenho profissional e quais habilidades e competências seriam necessárias para que o fisioterapeuta fosse melhor compreendido e por fim a área III – interação profissional-paciente, com uma questão objetiva em que foi solicitado para que o profissional



assinalasse dentre os aspectos: comunicação verbal, comunicação não-verbal, motivação do doente e o poder das relações terapêuticas aquele mais valorizado na interação profissional/paciente.

A análise dos dados foi feita a partir de uma abordagem quali-quantitativa, pois o instrumento da coleta de dados continha aspectos tanto da abordagem qualitativa, quanto quantitativa. A abordagem qualitativa é a que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, que surgem da interpretação do homem (MYNAYO, 2008). O método usado para avaliação dos discursos foi o Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre que consiste em utilizar um instrumento de tabulação e organização dos dados qualitativos com a aplicação das figuras metodológicas: "*expressões chaves*"; "*ideias centrais*" e o "*Discurso do Sujeito Coletivo*", assim os discursos foram organizados em tabelas, a partir de ideias centrais e discutidos sob a luz da literatura (LÉFREVE; LÉFREVE; TEIXEIRA, 2000). O DSC define-se como uma coletividade discursiva realizada por meio da agregação dos discursos dos indivíduos participantes. Não se trata de uma soma quantitativa de palavras e sim da agregação discursiva de diferentes discursos individuais, que por serem compatíveis permitem a construção de um único discurso (CONTI et al, 2009).

Quanto a abordagem quantitativa, que segundo Figueiredo (2007) caracteriza-se pela apropriação de análise estatística para o tratamento de dados, o método utilizado para análise da última questão que retratava os aspectos mais valorizados na interação foi o estatístico descritivo, em que os dados foram calculados em porcentagens e expressos em gráfico de pizza.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos da pesquisa



Para melhor compreensão desta seção os participantes foram agrupados em dois momentos, no primeiro foram congregados os dados sócio-demográficos, apresentados em tabela, cuja análise transcorreu de forma quantitativa. No segundo, as questões subjetivas analisadas qualitativamente foram expressas em quadros-síntese cuja análise foi realizada à luz da literatura pertinente, conforme a metodologia do DSC de Lefèvre e a questão objetiva apresentado em um gráfico analisado pelo método estatístico descritivo.

Tabela 1 – dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
IDADE		
23 - 25	03	10,0%
26 - 30	11	36,7%
31 - 42	16	53,3%
SEXO		
Masculino	07	23,3%
Feminino	23	76,7%
TOTAL	30	100%

De acordo com a tabela 1, a análise dos resultados evidenciou as características sócio-demográficas do grupo estudado, a maioria da população é jovem estando entre a faixa etária de 31 a 42 anos, e do sexo feminino.



Uma pesquisa com amostra constituída de 335 profissionais de saúde, subdivididos em grupo 1 dos fisioterapeutas com 242 sujeitos e grupo 2 dos outros profissionais de saúde com 93 sujeitos, realizou uma caracterização da totalidade da amostra no que diz respeito ao gênero, à idade, profissão entre outros quesitos. Constatou-se que houve um predomínio do gênero feminino 83,6% e uma maior distribuição dos indivíduos entre a faixa etária de 19 a 30 anos, correspondente a 72,8% do total da pesquisa (REBELO, 2008).

Esses resultados evidenciaram os resultados encontrados no presente artigo, pois houve também o predomínio do sexo feminino e de indivíduos em faixa etária jovem, no entanto na pesquisa a maioria dos indivíduos pesquisados era mais jovem na faixa de 19 a 30 anos enquanto que em nosso estudo predominaram as idades de 31 a 42 anos.

Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

Os sujeitos analisados demonstraram diferentes concepções sobre os aspectos importantes para a formação de um bom profissional fisioterapeuta, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Aspectos importantes na formação

Ideia Central (IC)	Discursos
--------------------	-----------



Conhecimento técnico	“Conhecimento técnico sobre anatomia e fisiologia...” cód. 20 “Domínio de conteúdo na área específica...” cód. 15
Desenvolvimento de mais atividades práticas	“Dedicação, busca de conhecimento de forma constante, capacitação e prática clínica.” Cód. 12
Ética e respeito	“Uma boa formação acadêmica, ética profissional e respeito com os pacientes.” Cód. 4

Os relatos mostram a preocupação dos profissionais com a formação acadêmica enfatizando a importância desta para o bom exercício profissional. Ao considerarmos a primeira ideia central, “conhecimento técnico”, deduz-se que o conteúdo técnico deve ser a base que, aliada a prática, direciona a formação profissional adequada.

A história da Fisioterapia como formação profissional ainda é recente, inicia-se em 1963 consistindo em um curso técnico de três anos, porém as diretrizes desqualificavam o profissional, pois não regulamentavam a profissão. Somente em 1969 a profissão Fisioterapeuta foi regulamentada, como “profissional de nível superior com atribuições de executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Aquele que pode dirigir serviços em órgãos públicos ou particulares, exercer magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional de nível superior ou médio e também supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos” (DECRETO-LEI nº 938/69).

A história da Fisioterapia no Brasil e sua regulamentação como profissão de nível superior reforçam o pensamento dos indivíduos pesquisados de que é necessário um vasto conhecimento científico para tornar-se um bom profissional, pois este foi um dos pilares



impulsionadores que elevou a Fisioterapia de curso técnico para profissão de nível superior e a busca incessante por maior capacitação, habilidades e competências específicas mantém o fisioterapeuta apto a atuar nos três níveis de atenção saúde por meio dos recursos fisioterapêuticos, lecionar ou administrar órgãos públicos e privados, além de supervisionar atividades técnicas ou práticas em sua área de atuação.

A partir daí a interdisciplinaridade com outras disciplinas teóricas e práticas fez-se necessário para construir e ampliar o campo de atuação do fisioterapeuta, considerando o programa curricular, bem como a busca da reabilitação dos pacientes, nas fases (recuperação, readaptação, recolocação ou reemprego) com a utilização das diversas medidas terapêuticas direcionadas ao tratamento das patologias e suas seqüelas (BALDO, 2008).

Com base na análise dos discursos e da afirmação anterior foi possível perceber que para os fisioterapeutas devido a ampliação do seu campo de atuação que envolve a interdisciplinaridade e a necessidade de assimilar uma gama de informações diferenciadas, o desenvolvimento de mais atividades práticas, projetos de extensão durante a fase de formação acadêmica para colocar em prática e fixar as informações adquiridas, treinando para a realidade fora do ambiente universitário e depois a continuidade dessa formação com melhor capacitação, especialização e atualização é fundamental para a formação e manutenção de um profissional qualificado e generalista.

As diretrizes curriculares nacionais da graduação em Fisioterapia compreendem um perfil do egresso desse curso a partir de uma formação: generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitando o profissional a atuar em todas as áreas de atenção à saúde, com olhar amplo e global, baseando-se no rigor científico e intelectual e respeitando os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade. Seu objeto de estudo deve ser o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, permeando os distúrbios patológicos, cinético-funcionais, que alteram o funcionamento psíquico e orgânico, visando preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos,



sistemas e funções, desde a construção do diagnóstico físico e funcional, até a prática do processo terapêutico específico (CNE/CES 4, 2002).

Partindo das diretrizes curriculares e do perfil esperado para os egressos do curso, pode-se afirmar que os indivíduos pesquisados foram capacitados de forma generalista, humanística, crítica e reflexiva, pois além de atuarem em todas as áreas da saúde, com a preocupação do conhecimento técnico específico, aplicado corretamente, respeitam o paciente como um todo, dotado não somente de estruturas físicas com funções determinadas, mas também um ser dotado de pensamentos, emoções, características sócio-culturais e que ignorá-las seria ferir os princípios éticos/bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade.

Partindo desta temática, foi analisado um estudo, porém com resultados parciais que propôs-se a analisar o processo de formação e as implicações para o exercício da fisioterapia. A pesquisa foi realizada por meio de adesão voluntária de acadêmicos e egressos do curso de Fisioterapia de uma Universidade do Rio Grande do Sul, convidados a participar de entrevistas coletivas (grupo focal) que levassem a entendimentos/concepções na definição das características da formação profissional e nas futuras relações profissional/paciente. Considerando as influências adquiridas do processo ensino-aprendizagem durante a graduação, concluiu-se que o conhecimento assimilado deste processo apresenta-se racional, hierárquico, objetivo e científico (VIEIRA; BAGGIO; MARASCHIM, 2007).

O estudo contrapôs-se aos resultados desta pesquisa, pois demonstrou que a formação dos acadêmicos de Fisioterapia da Universidade do Rio Grande do Sul prioriza apenas o conhecimento técnico, objetivo do processo de adoecimento, sem entender o outro como um ser biopsicossocial em sua totalidade, respeitando mais a hierarquia organizacional do trabalho do que a interação com o paciente. Tais características demonstraram ser fatores determinantes do distanciamento e da frieza na relação profissional/paciente.



Assim, a formação profissional tem se transformado, devido á grande competitividade e as necessidades cada vez maiores por especialização, mudando também os meios de comunicação e os relacionamentos sociais, ao mesmo tempo, em que o profissional torna-se produtivo e valorizado quando transforma as informações adquiridas em conhecimento e ações acertadas, estando preparado para adaptar-se a diversas situações de comunicação oral e escrita e de trabalho em equipe (JESUS; SANDOVAL, 2008).

Nesta ideia, os profissionais relataram que se comunicar com alguém é fundamental para estabelecer vínculos de confiança visando promover a melhora do quadro clínico e o aumento da auto-estima do paciente, além do bom relacionamento com a equipe multidisciplinar do trabalho.

O quadro 2 revela como os fisioterapeutas pesquisados percebem a importância da comunicação para o bom desempenho profissional.

Quadro 2: Importância da comunicação para o fisioterapeuta

Ideia central	Discursos
---------------	-----------



Importante	“Importante para gerar confiança com o paciente/cliente, conseqüentemente uma evolução na melhora e auto-estima para realizar a conduta.” Cód. 1 “É fundamental: “um bom diálogo resolve muitas questões.” A comunicação deve existir entre todos que participam (desde o chefe até o paciente).” Cód. 15
------------	--

No trabalho em equipe de profissionais de saúde, as suas interações verbais, os seus discursos, são determinados pelo contexto social e ideológico, cujo objetivo final deve ser a efetividade da intervenção em saúde. É através da linguagem que os fatos sócio-históricos se materializam e dão sentido à realidade (SALMÓRIA; CAMARGO, 2008).

Por conseguinte, o diálogo é imprescindível para a realização eficiente do atendimento fisioterapêutico, pois além de constituir-se como o caminho para a solução de conflitos, cria uma aproximação entre as pessoas, uma relação de integração de culturas e uma troca de experiências e vivências.

Nesta perspectiva, um estudo fez um levantamento das necessidades de formação em comunicação dos fisioterapeutas. Foram feitas entrevistas a fisioterapeutas, docentes e coordenadores de serviços de fisioterapia e depois analisadas. Após esta análise construiu-se um questionário que foi aplicado a cinquenta e um fisioterapeutas recém formados ou a frequentar o último semestre do segundo ciclo de licenciatura biotápica em fisioterapia, salientando que a pesquisa citada foi realizada na Universidade Aberta de Portugal que contempla o curso de fisioterapia como uma licenciatura biotápica. Apesar dos entrevistados identificarem a comunicação relacional como um aspecto importante do desempenho profissional, os participantes não têm uma visão sistêmica da



comunicação deixando-a em segundo plano. Associam a comunicação ao modelo de intervenção centrado no doente, mas ao operacionalizar conceitos inerentes ao modelo, optam por alternativas mais consonantes com o modelo biomédico, do que com o modelo centrado no doente. Os resultados do estudo apontam no sentido de que é necessário fornecer aos fisioterapeutas formação em comunicação e proporcionar aos alunos oportunidades de reflexão acerca das implicações da comunicação no desenvolvimento de melhores práticas e de intervenções mais eficazes e satisfatórias (COELHO, 2006).

Tomando como base a avaliação dos discursos deduz-se que a população amostral desta pesquisa, diferente da população da pesquisa supracitada que deixa a comunicação em segundo plano, valoriza a comunicação como fator fundamental para a criação de laços interpessoais saudáveis e duradouros que muito contribuem para a motivação do paciente e a realização eficaz do tratamento. No entanto, as populações de ambas as pesquisas assemelham-se ao fato de não possuírem uma visão sistêmica da comunicação, pois como foi percebido, nos discursos enfatiza-se o diálogo, o uso dos signos verbais, enquanto que os não-verbais não são mencionados como aspectos interativos importantes no processo de comunicação.

Observamos no cotidiano do fazer em saúde, que as práticas comunicacionais exigem competências e habilidades específicas, onde as informações sejam transmitidas e as ideias traduzidas em ações (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007). Em se tratando de habilidades e competências a análise no quadro 3 demonstra as que foram consideradas mais necessárias para uma compreensão efetiva entre fisioterapeuta e paciente.

Quadro 3. Habilidades e competências para o fisioterapeuta



Ideia central	Discursos
Linguagem simples	“Possuir uma linguagem clara, simples para explicar o tratamento.” Cód.20
Segurança	“... manejo com o paciente, segurança que você vai passar para ele no primeiro contato no momento da anamnese.” Cód.4

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia têm como objetivo capacitar o profissional dos conhecimentos requeridos para a prática das competências e habilidades gerais, descritos como: atenção à saúde; administração e gerenciamento; educação permanente; comunicação; tomada de decisões e liderança (CNE/CES, 2002).

Os discursos analisados vão ao encontro das diretrizes curriculares, o primeiro discurso, aborda a comunicação e relata que a linguagem informal condizente com a linguagem da maioria dos pacientes, clara e objetiva, permite o melhor esclarecimento do tratamento, do seu prognóstico, gerando a confiabilidade na interação com o público e com outros profissionais. O fato de tomar iniciativas e decisões adequadas, analisando os problemas de forma crítica e procurando soluções para os mesmos, demonstra segurança e propriedade do agir terapêutico. Conforme o discurso citado, a partir do primeiro contato, as impressões já são reveladas, as mensagens comunicativas são recebidas pelo paciente e certamente influenciarão no processo de interação.

Contudo, deve-se salientar que o profissional precisa estabelecer determinados objetivos nas interações, no entanto estes, nem sempre, serão alcançados. Distinguir quais comportamentos são competentes na interação com o paciente significa desenvolver a capacidade de integrar comportamentos para realizar tarefas e produzir resultados valorizados em determinado contexto e cultura, enfatizando que o nível de valor das



competências será indicado pela natureza das expectativas entre indivíduos (BALDO, 2008).

Nesse contexto, percebendo as imensas dificuldades encontradas e o pouco aprofundamento no processo que envolve a interação fisioterapeuta-paciente, foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória e transversal com o objetivo de caracterizar as competências do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente, buscando propor um instrumento para verificação dos comportamentos do fisioterapeuta neste processo. Para este estudo o material de pesquisa constituiu-se de duas tabelas com definições e comportamentos atribuídos ao processo de interação profissional-paciente sendo enviada para 60 profissionais especialistas (em psicometria e fisioterapia) selecionados aleatoriamente, do total, aproximadamente 20% não quiseram participar (BALDO, 2008).

Os resultados obtidos demonstraram a validação do conteúdo entre a definição das dimensões propostas na revisão da literatura pesquisada, essas dimensões das competências profissionais foram: pré-contato, contato inicial, comunicação, conhecimento profissional, participação ativa, pós-contato e os atributos comportamentais das competências, permitindo ao final do estudo a criação de um instrumento de avaliação de tais competências o Questionário de Avaliação de Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente – Q-APIFP, que foi organizado na forma de 57 itens com base em uma escala ordinal – *não é importante (0), pouco importante (1), importante (2), muito importante (3)*, o número indica o nível de importância dado ao comportamento em cada dimensão da competência profissional (BALDO, 2008).

Tal estudo foi de encontro com os resultados desta pesquisa, pois demonstrou que a interação é um processo dinâmico que requer inúmeras habilidades como as citadas pelos indivíduos analisados e que o conjunto delas formam as competências necessárias para um bom fisioterapeuta, no entanto muitos profissionais desenvolvem determinadas



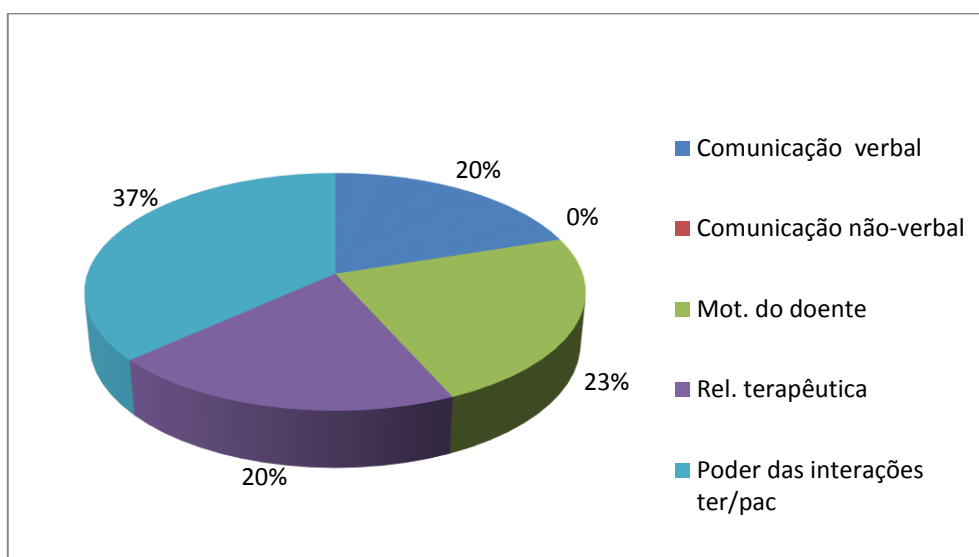
habilidades, esquecendo-se de outras, assim algumas vezes as competências acabam por não acompanhar as habilidades, como é o caso da competência comunicativa que deve abranger os dois aspectos verbal e não-verbal, no entanto observou-se que foi valorizado o aspecto verbal.

A interação é fundamental para o desenvolvimento do ser humano como indivíduo e ser social, dessa forma, os serviços de saúde são atravessados fundamentalmente pelo relacionamento entre os profissionais de saúde e seus pacientes, enfatizando as questões ligadas ao processo de comunicação estabelecida entre o processo do adoecimento e tratamento (SUBTIL et al, 2011).

Análise estatística descritiva

Considerando assim a interação fundamental no atendimento fisioterapêutico o gráfico 1 relata o aspecto mais valorizado pelo profissional durante a interação.

Gráfico 1: Aspectos valorizados na interação



Em relação a pergunta, a análise de forma estatística descritiva dos dados, enfatizou a ideia de que o poder das interações terapeuta/paciente é o fator preponderante em prol da saúde do paciente, pois 57% dos entrevistados escolheram esta alternativa.

Embora os outros aspectos também tenham sido citados, a análise conclui que ao estabelecerem uma estreita relação de dependência, o aspecto destacado engloba a função de todos de uma forma ampla. Neste sentido, a relação terapêutica é considerada eficaz quando através do diálogo constante, os signos verbais, e não-verbais como a postura corporal, expressões faciais, gestos, entonação de voz e toque, o doente alcança o estágio de motivação que o faz aceitar e dar continuidade ao tratamento, compreendendo melhor o objetivo das técnicas que são aplicadas pelo fisioterapeuta.

Por outro lado, as reflexões mostraram que de acordo com a análise estatística descritiva da população pesquisada, há uma distância entre comunicação verbal e não-verbal, visto que nenhum dos pesquisados escolheu a comunicação não-verbal. Não se observa um entendimento claro e objetivo acerca da importância da comunicação não-verbal durante o tratamento terapêutico e que, por isso, é preciso reforçar durante os cursos de formação o valor que representa os aspectos não-verbais.

O tratamento de forma eficaz requer estratégias aliadas à habilidade de comunicação para poder ganhar uma concordância entre as partes juntamente com uma escuta ativa, uma explicação clara do processo de tratamento e uma indicação ou, envolvimento de outros na administração do paciente (BALDO, 2008).

A afirmação anterior complementa os resultados deste estudo, quando retrata que o tratamento eficaz e o bom relacionamento entre fisioterapeuta e paciente, dependem e são influenciados por habilidades assertivas de comunicação como a escuta ativa e a explicação clara e objetiva de todo o processo terapêutico.

A comunicação é competente quando torna-se um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores pois se pressupõe que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação; consciência do verbal e do não-verbal nas interações; clareza e



objetividade; promovendo também o autoconhecimento e autenticidade (BRAGA; SILVA, 2007).

É, portanto, no processo de interação com o paciente que o fisioterapeuta combina seus saberes adquiridos por formação e suas experiências com a exploração cognitiva do ambiente, formando uma compreensão do que se passa e de como agir sobre isso.

Desta forma pode-se destacar a grande importância das competências e habilidades de comunicação na interação, confirmando o indicativo de que a efetiva comunicação promove adesão e satisfação do paciente.

A partir dessa temática foi encontrado um estudo que visa identificar de que maneira os clientes atendidos em um centro de reabilitação percebem o processo de comunicação entre eles e o profissional que os atende. Trata-se de um estudo predominantemente qualitativo, realizado em um centro de reabilitação de um Hospital do Estado da Bahia, onde foram entrevistados cinco clientes em tratamento fisioterapêutico. A análise dos dados revelou a importância que o fisioterapeuta e o ambiente físico exercem sobre os indivíduos em tratamento (JESUS; SANDOVAL, 2008).

Uma má impressão desencadeia no cliente uma desmotivação e uma tendência negativa em relação a sua recuperação. No entanto, um relacionamento positivo promove uma convivência harmoniosa ao longo do tratamento e faz com que os clientes sintam-se motivados, tranquilos e encorajados a permanecerem ativos no seu processo de melhoria. Diante dos resultados expostos por Jesus e Sandoval conclui-se que os resultados vistos no presente artigo são reafirmados, pois através da percepção dos pacientes, um fisioterapeuta qualificado, consciente de suas funções e competências na interação, além do fornecimento de um serviço de qualidade são aspectos primordiais para uma comunicação efetiva no processo de cuidar e curar.

A comunicação entre fisioterapeuta e paciente é mais do que um processo social, mas também terapêutico, pois ocorre uma relação de ajuda, em que os elementos



principais Constituem elementos básicos da comunicação terapêutica: o pensamento terapêutico; a empatia; a escuta; a atenção as emoções do paciente; o respeito, o acompanhamento do paciente em suas reflexões; a ajuda ao paciente para aumentar sua dignidade; a autorreflexão; e a auto-observação (HADDAD et al, 2011).

Para reforçar a ideia de que o relacionamento interpessoal entre fisioterapeuta e paciente é um processo fundamental para a adesão na fisioterapia realizou-se um estudo qualitativo e exploratório, com delineamento *ex-post fact* (SUBTIL et al, 2001). Na pesquisa *ex-post fact* são tomadas como experimentais situações que acontecem naturalmente, ou seja, situações onde o pesquisador não tem controle sobre as variáveis e passa a ser apenas um observador dos acontecimentos (CANTO; SIMÃO, 2009). Investigando a relação entre a aceitação do tratamento fisioterapêutico e as características da relação entre profissional e paciente, utilizou-se por conveniência uma amostra de 11 pacientes de 25 a 73 anos com diagnósticos clínicos variados; e quatro fisioterapeutas atuantes na equipe em que esses pacientes foram atendidos. Uma entrevista semiestruturada foi respondida pelos participantes da pesquisa, a entrevista apresentava tópicos sobre o processo de adesão na fisioterapia e o papel do relacionamento fisioterapeuta-paciente. A análise qualitativa dos dados seguiu os critérios da fenomenologia-semiótica. Os relatos obtidos dos pacientes sugeriram um contexto temático para o fenômeno da adesão dividido em duas áreas: a) caracterização da fisioterapia e do bom profissional e b) contraposição entre continuidade e interrupção do tratamento. Enquanto que os fisioterapeutas com seus relatos indicaram um contexto temático focado em três áreas: a) capacidades e habilidades do bom fisioterapeuta; b) adesão à fisioterapia; e c) relacionamento fisioterapeuta-paciente. A redução fenomenológica indicou três focos problemáticos para o fenômeno da adesão ao tratamento na fisioterapia: a necessidade do cuidado integral; a dificuldade na comunicação paciente-terapeuta; e as contingências socioeconômicas do paciente. A



interpretação fenomenológica reforçou e relacionou os aspectos encontrados na redução (SUBTIL et al, 2011).

A pesquisa anterior que realizou uma entrevista com pacientes e fisioterapeutas sobre o processo de adesão na fisioterapia e o papel do relacionamento fisioterapeuta-paciente reforçou a interpretação dos dados estatísticos encontrados pois definiu-se a comunicação no processo de interação entre fisioterapeuta e paciente como eixo central no tratamento, da qual estão intimamente ligadas a adesão à fisioterapia e os problemas que norteiam o meio profissional como a necessidade do cuidado integral; a dificuldade na comunicação paciente-terapeuta; e as contingências socioeconômicas do paciente.

Assim, o fisioterapeuta experimenta a tomada de consciência na emergência pela busca de novos conhecimentos para o tratamento e prognóstico para o quadro clínico como sobre maneiras de maximizar possibilidades interativas que os efetivem a terapia. O processo de transformação e amplo desenvolvimento é consequência de uma contradição experimentada internamente de que uma determinada idéia ou expectativa com que o profissional ou paciente operavam não lhes serve mais (CANTO; SIMÃO, 2009).

Portanto, para ser um bom profissional é necessário que o indivíduo percorra um caminho longo, em constante renovação, que começa numa formação acadêmica adequada, que promova o conhecimento científico, incentive a prática profissional, o respeito e a ética com o próximo durante a caminhada tenham a oportunidade de desenvolver não só habilidades específicas, mas o conjunto delas que constituem as competências e caracterizam uma função ou profissão, no caso a Fisioterapia, gerando um profissional incansável na busca de conhecimentos, consciente, crítico-reflexivo que acredita na influência das interações no processo terapêutico.



CONCLUSÃO

A complexa dimensão da comunicação é um desafio para a atuação fisioterapêutica visto que, considerando o processo de cuidar e curar se materializam práticas verbais e não verbais construídas nas interações interpessoais e mediadas pela competência interpessoal entre os envolvidos.

É a competência interpessoal que motiva o relacionamento e desencadeia a manifestação de sentimentos e atitudes que influenciam, positivamente ou de forma contrária, a compreensão do verdadeiro significado do cuidar. A capacidade de nos relacionarmos com os outros depende principalmente, das experiências vividas. Partindo dessa concepção, o paciente necessita vivenciar de forma profundamente em seu íntimo que o terapeuta o compreende ou, pelo menos, que está fazendo um esforço humanamente possível para compreendê-lo.

Os participantes desta pesquisa defendem que o poder das interações exerce total influência sobre o tratamento, expressando nos seus discursos um cuidar onde não se bastam apenas aparelhos bons, recursos ou profissionais tecnicamente preparados, mas que precisa, além de tudo, de muitas horas de diálogo, troca de informações e acima de tudo demonstrações de atenção e carinho – juntamente com a competência técnica dos profissionais, deve estar a competência interpessoal dos mesmos. A utilização da tecnologia não pode, de maneira nenhuma, substituir ou eliminar o "calor humano".

Assim, no que concerne ao questionamento inicial desse estudo, salientamos que durante o processo de interação entre fisioterapeuta e paciente destacam-se predominantemente as formas de comunicação verbal. Para os informantes, a interação verbal é a base para manter o vínculo, motivar o paciente e manter o bom relacionamento. Ficou evidente, então, que ao interagir com os pacientes, os profissionais têm consciência de que utilizam práticas de linguagem verbal e não verbal, no entanto, dão mais ênfase ao diálogo, ao ouvir e o falar.



REFERÊNCIAS

BALDO, G. V. **Competências do fisioterapeuta no processo de interação com o paciente:** proposta de um instrumento de avaliação Florianópolis: 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br>>. Acesso em: 27/04/2013

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. **Comunicação competente** - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Rev. Acta Paul Enfermagem. São Paulo. v. 20,n. 4, p.410-4.. Abril, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 01/11/2013.

CANTO, C. R. M.; SIMÃO, L. M. Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corporemente: um estudo de caso. Rev. Psicol. cienc. prof.Brasília. v.29, n.2. Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10/11/2013.

COELHO, C. A. **Importância da comunicação no exercício profissional dos fisioterapeutas:** da formação às necessidades sentidas na prática. Universidade Aberta. Lisboa, 2006. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt>>. Acesso em: 27/04/2013.

CONTI, M. A.; COSTA, L. S.; PERES, S. V.; TORAL, N. A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório.Rio de Janeiro. Rev. Physis v.19, n.2. Janeiro de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 29/04/2013.

DAVIS, C. M. **Fisioterapia Interação Profissional-Paciente.** Ferreira E. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Decreto-Lei n ° 938/69, 13 de outubro de 1969. Lex. Leg. Fed.1969, p.1230. Brasília, 1969.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** 2ª Ed. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora; 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4 ed. São Paulo: Atlas; 2009.



HADDAD, J. V.; MACHADO, E. P.; AMADO, J. N.; ZOBOLI, E. L. C. P. A. **Comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania.** Rev. O Mundo da Saúde. São Paulo. v.35, n.2, p.145-155. Março de 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br>>. Acesso em: 01/08/2013.

JESUS, C.S.; SANDOVAL, J. M. H. **O processo de comunicação entre o profissional de fisioterapia e o cliente.** v. 3. Agosto de 2008. Disponível em: <<http://www.encipecometodista.com.br>>. Acesso em: 27/04/2013.

LÉFREVE, F.; LÉFREVE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: Uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs, 2000.

MYNAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

O`SULLIVAN, S. B.; SCHIMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação e tratamento.** 2ª ed. São Paulo: Editora Manole Ltda; 2010.

REBELO, P. J. L. **Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas – Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.** Universidade Aberta, 2008. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt>>. Acesso em: 27/04/2013.

Resolução de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002, Brasil, 2002.

SALMÒRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. Rev. Saude soc. São Paulo. v.17, n.1. Jan./Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28/04/2013.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. Rev. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. v.12. n.6. Nov./Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 01/08/2013.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

SUBTIL, M. M. L.; GOES, D. C.; GOMES, T. C.; SOUZA, M. L. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. Rev. Fisioter. mov. Curitiba. v.24, n.4. Out./Dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27/04/2013.

VIEIRA, O. S.; BAGGIO, A.; MARASCHIM, R. **Competências desenvolvidas por acadêmicos de Fisioterapia e implicações para o exercício profissional.** Rev. Digital. Buenos Aires. v. 12. Set. 2007. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>>. Acesso em: 27/04/2013.



A comunicação entre fisioterapeuta e paciente: Um processo em construção

Artigo

Avaliação postural em bailarinas

Ballet dancers in postural evaluation

José Ivan Viana e Silva¹

Danielle Santiago de Souza Leão Fernandes²

José Humberto Azevedo de Freitas³

Priscila Batista Barrêto⁴

Alinne Danielle Jácome de Figueiredo⁵

RESUMO – O ballet clássico foi criado a partir das danças de corte e, com interferências significativas, tornou-se uma arte teatral, pois o público já o assistia. As bailarinas realizam performances que combinam valores estéticos e atléticos, podendo ser comparadas a atletas de elite, portanto estão sujeitas ao desgaste físico tanto quanto os atletas de outras modalidades esportivas. Postura pode ser definida como um arranjo relativo de partes do corpo. Avaliação postural auxilia no diagnóstico precoce de alterações de estruturas articulares, musculares e ósseas, podendo detectar desvios, a fim de evitar futuras complicações. O examinador dispõe de vários métodos para detectar alterações no alinhamento do corpo humano. O Software para Avaliação Postural (SAPO) é um programa de uso relativamente simples e gratuito que fornece, além das medidas lineares, valores angulares. O presente estudo objetivou averiguar as alterações posturais encontradas em bailarinas. Para isso, realizou-se um estudo de campo, descritivo e transversal com bailarinas, utilizando uma máquina fotográfica e o protocolo do Software de Avaliação Postural (SAPO). Tendo como base ética a Resolução 196/96. As principais alterações encontradas neste estudo foi hiperextensão da cabeça, inclinação horizontal da cabeça para o lado direito, uma inclinação de corpo para frente, uma hiperlordose lombar, joelhos valgus, uma discrepância de MMII e retopé em valgo. Foram identificadas várias alterações posturais nas bailarinas, demonstrando que há uma compensação postural nestas participantes, sendo a avaliação postural capaz de identificar e para que possa prevenir a instalação destas alterações.

¹ Graduado no curso Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Santa Maria.

² Professora da Faculdade Santa Maria.

³ Professor Esp. da Faculdade Santa Maria.

⁴ Graduada no curso Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Santa Maria.

⁵ Graduada no curso Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Santa Maria.



PALAVRAS-CHAVES: Avaliação. Esporte. Postura.

ABSTRACT – The ballet was created from cutting and dancing, with significant interference, became a theatrical art, because the audience has already watched. The dancers hold performances that combine aesthetic and athletic and can be compared to elite athletes, thus subject to physical as athletes in other sports. Position can be defined as a relative arrangement of parts of the body. Evaluation postural assists in the early diagnosis of contribution changes of joint structures, muscles and bone, and can detect deviations in order to prevent further complications. Thus the tester will have several methods to detect changes in the alignment of the human body. Software for Postural Assessment (SAPO) is a relatively simple use program that provides free and, in addition to linear measurements, angular values. The present study aimed to evaluate the changes found in postural dancers. For this, we carried out a field study, descriptive and cross with 06 dancers, using a camera and protocol software Postural Assessment (SAPO). Based on ethical Resolution 196/96. The primary findings in this study was an extension of the head, the head pitch to the right side, a forward body tilt, a lumbar hyperlordosis, valgus knee, a fracture of the lower limbs and hindfoot valgus. We identified a number of postural changes in dancers, demonstrating that there is a tradeoff in these subjects biomechanics, physical therapy being able to identify and prevent the installation of these changes.

KEYWORDS: Balletdancers. Physiotherapy. Postural.AssessmentSoftware.

INTRODUÇÃO

O ballet clássico representa uma sucessão de poses no tempo, sendo que os movimentos coreográficos é uma atividade que requer ótima performance e alto nível técnico que devem harmonizar-se com a estética do tempo e lugar da sua execução (BATISTA; MARTINS, 2010). E talvez seja um dos mais complexos sistemas de dança, exigindo dos participantes alto grau de amplitude de movimentos, e ao menos sete anos estudo para se atingir um nível técnico profissional (CIGARRO et al, 2006).

Através das posições do ballet, diversas modificações são observadas no corpo das bailarinas, desencadeando alterações na postura, fazendo com que o centro de gravidade apresentem-se em ângulos diferentes do normal. Usando a avaliação postural, é possível corrigir as posições corporais das mesmas e conseqüentemente diminuir o



estress nas articulações, com o mínimo esforço muscular necessário para não ocasionar dor nas articulações (BARCELLOS; IMBIRIBA, 2002).

A avaliação postural é o passo inicial para qualquer tratamento fisioterapêutico. A partir dos alinhamentos corporais é que cria-se uma hipótese das distribuições de cargas nas articulações, músculos e ligamentos (FERREIRA, 2005).

Avaliar medidas angulares no corpo humano reflete à investigação de disfunções articulares, sendo feito pela avaliação postural, na qual a quantificação dos distúrbios articulares e musculares é um parâmetro importante no acompanhamento fisioterapêutico, na motivação e adesão do paciente ao tratamento e ainda como critério importante na confecção de órteses (BRAZ et al, 2008).

Segundo Ferreira (2005), o Software de Avaliação Postural (SAPO) é um software de análise postural que foi desenvolvido para ajudar na avaliação postural por imagem. A calibração da imagem, por exemplo, é uma funcionalidade do SAPO que ajuda a corrigir eventuais erros que tenham ocorrido na obtenção das fotografias. Tem um protocolo sugerido pelo SAPO, mas também é permitido ao usuário organizar seu próprio protocolo e realizar medidas livres, o SAPO tem um objetivo muito importante, que é gerar um banco de dados sobre a postura com informações advindas de vários centros de pesquisa, ele é capaz de calcular a partir de medidas antropométricas o centro de gravidade, ou seja, fornecer informações sobre o controle postural.

Segundo Vetter e Araújo (2006), a fisioterapia tem um papel muito importante junto aos atletas, visto que é de grande ajuda na parte preventiva, bem como na curativa. Nos treinamentos são realizados exercícios cinesioterapêuticos que são indicados para alongar, fortalecer, relaxar e reequilibrar a musculatura. A presença do fisioterapeuta é muito importante na recuperação do atleta lesionado, para uma avaliação e recuperação correta, permitindo que os atletas parem de treinar o mínimo de tempo possível.



A Fisioterapia desportiva está em constante crescimento e aperfeiçoamento técnico, tornando-se cada vez mais essencial para que os atletas consigam um bom resultado no decorrer das competições. O fisioterapeuta do esporte busca cada vez mais o trabalho preventivo ao invés do curativo (ROSA; ZABOT, 2008).

Acredita-se que o treinamento feito pelas bailarinas, assim como as posturas que são realizadas constantemente, pode desencadear várias alterações na mecânica corporal, sobrecarregando assim as articulações, e conseqüentemente ocorrendo comprometimentos posturais. A partir daí, o conhecimento da biomecânica corporal, bem como dos vários fatores que podem levar a essas alterações e as possíveis lesões, são pontos fundamentais para a fisioterapia, pois será possível se formular estratégias de prevenção e intervenção específica, trazendo dessa forma inúmeros benefícios para as bailarinas. Além disso, a realização de uma avaliação postural permite o registro das alterações instaladas.

O presente estudo teve o objetivo de avaliar as principais alterações posturais de pessoas que fazem o ballet clássico na cidade de Cajazeiras – PB e verificar episódios de dor associado a essa prática esportiva.

MÉTODOS E MATERIAL

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa, caráter descritivo e delineamento transversal, no qual foram avaliadas 06 bailarinas, com faixa etária entre 10 e 27 anos, no período de maio a junho de 2012. Foi desenvolvido na escola de Ballet Clássico de Fatima Leite, localizada na cidade de Cajazeiras – PB.



Os critérios de inclusão foram: aceitar participar da pesquisa e assinar o TCLE, participar a mais de 04 anos na Escola de Ballet Clássico; com idade entre 10 e 27 anos; não apresentar patologias ortopédicas ou na coluna com exceção da recomendação médica; não participar de outra atividade física, que não seja o Ballet.

A pesquisa foi realizada com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) conforme resolução 196/96 do conselho nacional de saúde (BRASIL, 2002).

Inicialmente, um fio de prumo foi fixado ao teto, onde foi marcada uma distância de um metro, para que o programa convertesse a distância real para *pixels*. Para a captura das imagens e posterior análise, utilizou-se uma máquina fotográfica digital (Samsung ST90/ST91 14 mega pixels) posicionada sobre um tripé a uma distância de três metros e a uma altura 1,05 metros.

O programa SAPO é um instrumento computadorizado com sugestão de medidas relacionadas para avaliação postural, proposto pela equipe inicial do projeto. Assim, com a escolha dos pontos a ser demarcada a seleção das medidas é baseada na relevância clínica, bases científicas viabilidade metodológica e aplicabilidade. Esse protocolo de medidas é usado como padrão para avaliação postural e gera os valores que farão parte do banco de dados de postura. Após a análise das imagens fotográficas, o relatório gerado oferece informações da projeção do centro de gravidade (CG), localização dos acidentes anatômicos marcados pelos pontos, e sua variação do esperado. O programa gera também uma planilha completa com as coordenadas cartesianas dos pontos marcados pelo seu protocolo e, assim, as informações necessárias para a interpretação dos resultados encontrados (FARIAS et al, 2009).



Após ser preenchida uma ficha de avaliação que continha a identificação dos pacientes, foram mensurados os dados antropométricos (peso e altura) através de uma balança digital e de uma fita métrica; após esta etapa, toda a avaliação postural foi realizada com as participantes vestindo roupa do ballet clássico, de modo a permitir a visualização sem restrição dos pontos de referência demarcados com bolas de isopor e fitas autoadesivas de 1,0 cm de diâmetro e um tecido preto de fundo de 2 metros de comprimento por 2 metros de largura.

Na vista anterior foram verificadas, com o protocolo do SAPO, as seguintes medidas: **alinhamento horizontal da cabeça**, este ângulo era verificado a partir dos marcadores anatômicos que se localizavam nos *tragos da orelha direito e esquerdo* com a horizontal, foi verificado o **alinhamento horizontal dos acrômios**, a partir dos marcadores localizados acima dos *acrômios direito e esquerdo*, foram verificado o **alinhamento horizontal das espinhas ilíacas ântero-superiores (EIAS)**, por meio dos marcadores que se localizavam na *espinha ilíaca ântero-superior direita e esquerda*, foi verificado também o **comprimento dos membros inferiores (MMII)** através do ângulo formado entre os *trocânter maior do fêmur direito e esquerdo*, e depois, **alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias** entre as *tuberosidades da tíbia*, todas essas medidas descrita acima possuem uma angulação normal igual zero; foi verificado o **alinhamento vertical da coluna vertebral** através da distância entre os *acrômio e a espinha ilíaca ântero-superior direita e o acrômio e a espinha ilíaca ântero-posterior esquerda* que estão equidistantes e por ultimo verificou o **ângulo Q** o ângulo é 15 graus.

Tanto na vista lateral direita como esquerda, foi analisado o **alinhamento horizontal da cabeça com relação a sétima vértebra cervical (C7)**, para isso foi verificado o ângulo entre os marcadores *trago da orelha e processo espinhoso C7*, para ser normal este ângulo é próximo a 45° graus. Foi analisado também o **alinhamento vertical da cabeça em relação ao acrômio**, para isso foi aferido o ângulo entre os



marcadores *acrômio e trago da orelha*, o alinhamento vertical normal da cabeça tem um ângulo de zero. O **alinhamento horizontal da pelve** foi aferido através do ângulo formado entre os marcadores *espinha ilíaca ântero-superior (EIAS) e espinha ilíaca pósterio-superior (EIPS) do mesmo lado*, como as EIPS se localizam acima do nível das EIAS, o alinhamento horizontal da pelve deve estar em torno de 6° graus, sendo que, abaixo de 6° é indicativo de aumento da retroversão pélvica, e acima de 6° significa aumento da anteversão pélvica. O **alinhamento vertical do tronco**, usando os marcadores anatômicos *acrômio, trocânter maior do fêmur e maléolo lateral*, o alinhamento vertical do tronco possui ângulo zero. O **alinhamento do quadril (tronco e coxa)** que avalia a inclinação do tronco, usando os pontos anatômicos do *acrômio e trocânter maior do fêmur*, a angulação do quadril normal é zero. O **ângulo do joelho**, usando os marcadores anatômicos no *trocânter maior do fêmur, linha média do joelho e maléolo lateral*, o ângulo do joelho normal é zero e por ultimo a ser avaliado o **alinhamento do tornozelo**, foi verificado com os marcadores na *linha média do joelho e maléolo lateral* o ângulo do tornozelo normal é 90° graus.

Na vista posterior foram verificados a **simetria horizontal da escápula com relação a terceira vértebra torácica (T3)**, a partir do ângulo formado entre os marcadores *ângulo inferior da escápula direita e ângulo inferior da escápula esquerda e T3*, o alinhamento normal deve ser 60° graus. Por ultimo foi avaliado o **ângulo da perna/retropé direito e o esquerdo**, usando os marcadores anatômicos nos pontos *mediais das pernas direita e esquerda, linha intermaleolar direita e esquerda e tendão do calcâneo bilateralmente*, as angulações das pernas/retropé direito e esquerdo normal é zero.

O centro de gravidade foi avaliado pela **simetria do plano frontal e simetria do plano sagital**, a sua porcentagem normal é zero.



As imagens capturadas foram transferidas para o computador onde foram digitalizadas e analisadas através da fotogrametria computadorizada pelo Software de Avaliação Postural (SAPO) versão 0.68.

Os resultados obtidos foram distribuídos quantitativamente, e submetidos à análise estatística descritiva simples. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas (média \pm desvio-padrão), e as análises realizadas no programa Microsoft Excel 2010. Os resultados foram apresentados em graus, centímetros, ou ainda em percentual, dependentes da variável analisada, nos quais os ângulos positivos são anti-horários, significando que o lado direito está mais elevado do que o esquerdo.

RESULTADOS

A amostra foi composta com 6 bailarinas, com idades variando entre 10 e 27 anos com média $18,5 \pm 12,02$; com mais de 4 anos de prática no ballet clássico. Com relação ao índice de massa corporal (IMC), os pontos de avaliação do IMC adotados foram os preconizados pelo World Health Organization, que são esses baixo peso (IMC $< 18,5$); normal (IMC $18,5-24,99$); sobrepeso (IMC $25-29,99$) e obesidade (IMC $\geq 30,00$) segundo(14), então a amostrarevelou que as participantes tem IMC com a média de $18,87 \pm 2,27$, sendo caracterizado como peso normal.

Para analisar os dados encontrados foi usado o protocolo determinado pelo programa SAPO que preconiza os valores negativos no sentido anti-horário e lado esquerdo, valores positivo sentido horário e lado direito.

Os resultados da amostra estudada foram diferentes de zero, indicando que todas as bailarinas estudadas possuíam algum grau de desnivelamento das estruturas avaliadas.



O estudo abaixo mostra as angulações encontradas nas bailarinas pela vista anterior, com relação à cabeça, ombros e membros inferiores na **tabela 1**.

Com relação ao alinhamento da cabeça, 50% das avaliadas apresentaram desvio maior para o lado direito a média $0,41^\circ \pm 2,83$ tendo como maior ângulo encontrado $7,7^\circ$ e o menor $-5,1^\circ$, mostrando uma inclinação da cabeça para direita. O alinhamento horizontal dos acrômios encontrou uma média $1,13^\circ \pm 1,27$ tendo como maior ângulo encontrado $3,3^\circ$ e o menor $-3,6^\circ$, significa que 83,3% das bailarinas apresentam elevação do ombro direito. As bailarinas tiveram o desnivelamento no alinhamento horizontal das EIAS para direita, tendo como menor ângulo $-7,3^\circ$ e maior $3,3^\circ$, com a média $-1,31^\circ \pm 2,63$, oque significa que 83,3% das bailarinas apresentam uma elevação da espinha ilíaca ântero-superior esquerda.

Das bailarinas avaliadas, 66,6% apresentaram desnivelamento no ângulo entre acrômios e as duas espinhas ilíacas ântero-superiores teve uma média $-2,15^\circ \pm 3,19$, tendo a maior inclinação para esquerda tendo com maior ângulo $2,9^\circ$ e o menor $-10,2^\circ$. A diferença no comprimento dos membros inferiores (direito-esquerdo) teve 22,1 cm como maior valor e -7,1cm como menora média $2,23\text{cm} \pm 7,32$. Tais achados indicam que as avaliadas tem um membro direito maior que o membro inferior esquerdo.

As participantes da amostra apresentaram desnivelamento no ângulo frontal do membro inferior direito, sendo o maior ângulo $2,2^\circ$ e o menor $-4,3^\circ$ com a média $-1,06^\circ \pm 1,43$, tiveram um desnivelamento ângulo frontal do membro inferior esquerdo sendo o maior ângulo $2,3^\circ$ e o menor $-2,9^\circ$ - $0,61^\circ \pm 1,20$, o que significa que 83,3% das participantes têm os ângulos frontais dos membros inferioresvalgos.

O alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias das avaliadas teve um desnivelamento para o lado direito, tendo uma média $1,8^\circ \pm 1,59$, como maior medida $4,9^\circ$ e menor $-1,6^\circ$ significando que 66,6% das bailarinas apresentam uma elevação da



tuberosidade da tíbia esquerda. No ângulo Q do membro inferior direito ocorreu $19,51 \pm 4,54$ sendo maior ângulo $24,1^\circ$ e menor $12,8^\circ$, o ângulo Q do membro inferior esquerdo revela como maior ângulo $33,3^\circ$ e menor $4,3^\circ$ e a média $17,11^\circ \pm 10,76$, o significado disso é que os joelhos das bailarinas são valgos sendo maior o direito.

Tabela 1 – Ângulos encontrados nas seis bailarinas na vista anterior através do protocolo SAPO.

Medidas	Menor ângulo	Maior ângulo	Média	Desvio padrão
AHC	$-5,1^\circ$	$7,7^\circ$	$0,41^\circ$	2,83
AHAs	$-3,6^\circ$	$3,3^\circ$	$1,13^\circ$	1,27
AHEIAS	$-7,3^\circ$	$3,3^\circ$	$-1,31^\circ$	2,63
ÂAEIAS	$-10,2^\circ$	$2,9^\circ$	$-2,15^\circ$	3,19
ÂFMID	$-4,3^\circ$	$2,2^\circ$	$-1,06^\circ$	1,43
ÂFMIE	$2,3^\circ$	$-2,9^\circ$	$-0,61^\circ$	1,20
DCMMII	$-7,1\text{cm}$	$22,1\text{cm}$	$2,23\text{cm}$	7,32
AHTT	$-1,6^\circ$	$4,9^\circ$	$1,8^\circ$	1,59
ÂQD	$12,8^\circ$	$24,1^\circ$	$19,51^\circ$	4,54
ÂQE	$4,3^\circ$	$33,3^\circ$	$17,11^\circ$	10,76

AHC - Alinhamento horizontal da cabeça

AHAs - Alinhamento horizontal dos acrômios

AHEIAS - Alinhamento horizontal das espinhas ilíacas ântero-superiores (EIAS)

AAEIAS - Ângulo entre os dois acrômios e as duas espinhas ilíacas ântero-superiores



AFMID - Ângulo frontal do membro inferior direito

AFMIE - Ângulo frontal do membro inferior esquerdo

DCMMII - Diferença no comprimento dos membros inferiores (D-E)

AHTT - Alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias

AQD - Ângulo Q direito

AQE - Ângulo Q esquerdo

A mostra as angulações na vista lateral direita, com relação à ombro, coluna e membros inferiores na **tabela 2**.

Os resultados encontrados em relação ao alinhamento horizontal da cabeça (C7) $50,45^\circ \pm 5,91$ revelaram como maior o ângulo $58,6^\circ$ e menor $41,9^\circ$, verificou-se que as participantes apresentaram extensão da cabeça; o alinhamento vertical da cabeça (acrômio) apresentou média de $4,53^\circ \pm 5,60$ tendo um ângulo menor $-9,1^\circ$ e o maior $17,3^\circ$, significando uma anteriorização da cabeça das bailarinas; o alinhamento vertical do tronco das bailarinas apresentou um desnivelamento com maior ângulo $-2,6^\circ$ teve a média $-5,7^\circ \pm 3,03$; o que demonstra inclinação do tronco para trás.

Quanto ao ângulo do quadril (tronco e coxa) foi encontrada alteração angular, com o maior ângulo $-5,2^\circ$ com a média $-12,88^\circ \pm 4,81$ demonstrando presença de hiperlordose lombar. Com relação ao alinhamento vertical do corpo houve alterações com maior ângulo $5,1^\circ$ tendo uma média $1,7^\circ \pm 1,53$, o que resulta em inclinação do corpo para frente.

Em relação ao alinhamento horizontal da pelve das bailarinas foram encontrados desníveis com maior ângulo encontrado $-0,8^\circ$ com a $-9,23^\circ \pm 4,24$, o que significa que



todas as participantes do estudo tem uma anteversão pélvica. Quanto ao ângulo do joelho apresentaram uma média $-1,6^\circ \pm 5,02$ demonstrando que 83,3% das bailarinas estão com o joelho recurvado, quanto ao ângulo do tornozelo foi encontrado $84,43^\circ \pm 6,17$, sendo o maior ângulo 90° e menor ângulo $72,5^\circ$, o que revela uma flexão de tornozelo.

Tabela 2 – Ângulos encontrados na vista lateral direita.

Medidas	Menor ângulo	Maior ângulo	Média	Desvio padrão
AHC (C7)	$41,9^\circ$	$58,6^\circ$	$50,45^\circ$	5,91
AVC (acrômio)	$-9,1^\circ$	$17,3^\circ$	$4,53^\circ$	5,60
AVT	$-10,8^\circ$	$-2,6^\circ$	$-5,7^\circ$	3,03
ÂQd (tronco e coxa)	-18°	$-5,2^\circ$	$-12,88^\circ$	4,81
AVCp	-1°	$5,1^\circ$	$1,7^\circ$	1,53
AHP	$-11,6^\circ$	$-0,8^\circ$	$-9,23^\circ$	4,24
ÂJD	$-8,5^\circ$	15°	$-1,6^\circ$	5,02
ÂTD	$72,5^\circ$	90°	$84,43^\circ$	6,17

AHC (C7) - Alinhamento horizontal da cabeça (C7)

AVC (acrômio) - Alinhamento vertical da cabeça (acrômio)

AVT - Alinhamento vertical do tronco

AQd (tronco e coxa) - Ângulo do quadril (tronco e coxa)

AVCp - Alinhamento vertical do corpo



AHP - Alinhamento horizontal da pelve

AJD - Ângulo do joelho direito

ATD - Ângulo do tornozelo direito

Na mostra as angulações na vista lateral esquerda, com relação à ombro, coluna e membros inferiores na **tabela 3**.

Os resultados encontrados na vista lateral esquerda têm na maioria uma discrepância de angulações em relação à vista lateral direita. Com a respeito do alinhamento horizontal da cabeça (C7) resultou em $50,08^\circ \pm 1,31$, tendo como maior o ângulo $51,5^\circ$ e menor $48,2^\circ$, significando uma extensão de cabeça. O alinhamento vertical da cabeça (acrômio) apresentou a média $13,63^\circ \pm 5,66$ tendo um ângulo menor igual à 4° e o maior $20,8^\circ$, o que significa uma anteriorização da cabeça. O alinhamento vertical do tronco das bailarinas com a média $-8,91^\circ \pm 1,50$ com o menor ângulo $-10,7^\circ$ e o maior ângulo $-7,1^\circ$, encontra uma inclinação para trás do tronco. Em relação ao ângulo do quadril (tronco e coxa) apresentou $-16,35^\circ \pm 2,98$ com o maior ângulo $-21,5^\circ$ e o menor $-12,7^\circ$, apresentando uma hiperlordose lombar. Com relação ao alinhamento vertical do corpo a média $0,33^\circ \pm 0,53$ com o menor ângulo $-2,2^\circ$ e maior 1° , o que resulta em inclinação do corpo para frente.

Em relação ao alinhamento horizontal das pelves das bailarinas foram encontrados a média $-10,13^\circ \pm 6,09$ sendo menor ângulo $-20,6^\circ$ e o maior ângulo $-4,8^\circ$, o que revela que todas as participantes do estudo têm uma anteversão pélvica. No ângulo do joelho apresentaram $-4,33^\circ \pm 4,2$ com o maior ângulo $-1,8^\circ$ e o menor $-13,4^\circ$, o que significa que 83,3% das bailarinas estão com o joelho recurvado. Já o ângulo do tornozelo foi



encontrado $86,85^\circ \pm 3,85$, sendo o maior ângulo $93,6^\circ$ e menor ângulo $82,7^\circ$, demonstrando uma flexão de tornozelo.

Tabela 3 – Ângulos encontrados na vista lateral esquerda.

Medidas	1	2	3	4	5	6
Alinhamento horizontal da cabeça (C7)	$49,1^\circ$	$48,2^\circ$	$51,4^\circ$	$49,7^\circ$	$50,6^\circ$	$51,5^\circ$
Alinhamento vertical da cabeça (acrômio)	$14,5^\circ$	$14,8^\circ$	4°	$11,2^\circ$	$20,8^\circ$	$16,5^\circ$
Alinhamento vertical do tronco	$-9,4^\circ$	$-10,7^\circ$	$-7,8^\circ$	-8°	$-10,5^\circ$	$-7,1^\circ$
Ângulo do quadril (tronco e coxa)	$-15,2^\circ$	$-21,5^\circ$	$-14,8^\circ$	$-17,2^\circ$	$-12,7^\circ$	$-16,9^\circ$
Alinhamento vertical do corpo	$-1,5^\circ$	$0,8^\circ$	1°	$0,9^\circ$	$-2,2^\circ$	-1°
Alinhamento horizontal da pelves	$-4,9^\circ$	$-4,8^\circ$	$-11,6^\circ$	$-12,4^\circ$	$-6,5^\circ$	$-20,6^\circ$
Ângulo do joelho	$-4,7^\circ$	$-3,5^\circ$	$-1,8^\circ$	$-5,2^\circ$	$2,6^\circ$	$-13,4^\circ$
Ângulo do tornozelo	$88,8^\circ$	$82,7^\circ$	$84,7^\circ$	86°	$85,3^\circ$	$93,6^\circ$

No estudo desta tabela refere-se aos ângulos encontrados na vista posterior, com relação às escápulas, coluna e membros inferiores na **tabela 4**.

Quanto à verificação da assimetria horizontal da escápula em relação à (T3), apresentou $6,2\% \pm 8,95$ tendo uma medida maior $25,5\%$ e a menor $-6,8\%$, apresentando uma assimetria para direita. No ângulo perna/retropé direito mostrou $4,88^\circ \pm 3,12$ tendo o ângulo maior $8,8^\circ$ e o menor $-0,5^\circ$, já no ângulo perna/retropé esquerdo tem uma média $14,13^\circ \pm 11,27$ com o maior ângulo 30° e o menor -5° , demonstrando que 83,3% das participantes tem o ângulo da perna/retropé em valgo.



Tabela 4 – Ângulos encontrados na vista posterior

Medidas	1	2	3	4	5	6
Assimetria horizontal da escápula em relação à T3	21,1%	-6%	-4,5%	-6,8%	25,5%	7,9%
Ângulo perna/retropé direito	8,8°	6,1°	7,3°	-0,5°	4,3°	2,3
Ângulo perna/retropé esquerdo	-5°	17°	4,3°	10,3	30°	28,2

No estudo da mostra as angulações encontradas no plano frontal e no plano sagital na **tabela 5**.

A avaliação da amostra a assimetria no plano frontal com a média $-5,88\% \pm 5,97$, o que demonstra uma projeção anterior do corpo com relação ao centro de gravidade e a assimetria no plano sagital uma média $33,63\% \pm 15,56$, o que demonstra inclinação do tronco para a esquerda, significando que 83,3% das bailarinas tem uma anteriorização para esquerda em relação ao centro de gravidade.

Tabela 5 – Centro de Gravidade através do protocolo SAPO

Medidas	1	2	3	4	5	6
Assimetria no plano frontal	-0,7%	0,4%	-6,0%	-12,4%	-14,1%	-2,5%
Assimetria no plano sagital	22,4%	58,1%	42,9%	37,6%	24,6%	16,2%



Quanto ao questionário de informações geral, houve uma variação de idade entre 10 à 27 anos com média de 15 anos, uma variação de peso entre 42 à 58kg em média 47,91kg e uma variação de altura em torno de 1,51 à 1,67 metros com uma média 1,59 metros.

Entre as participantes 5 relataram terem passado pelo período da menarca e apenas 1 ainda não entrou no período da menarca. Não tiveram nenhuma recomendação medica para a prática do ballet clássico 83,3% e 16,7% tiveram recomendação medica por causa de desvio na coluna (escoliose).

Tempo de prática do ballet com 4 anos tendo como média 0,5 e acima de 4 anos em média 4,83 e seus níveis de adiantamento estão entre 4 e 6 anos de ballet clássico.

No que se refere às lesões físicas constatou-se que 66,6% das participantes não apresentaram nenhuma lesão e 33,4% apresentaram entre 1 e 2 lesões. 66,6% das bailarinas relataram algum tipo de quadro algico, duas com dor leve referiu dor por lesão, 50% das participantes relataram apresentar quadros algicos não relacionados a prática de ballet clássico e 100% relataram está satisfeitos com a sua postura.

Relativo à eficiência da técnica 66,6% algumas vezes ocuparam uma posição de destaque coreográfico 33,4% nunca ocuparam posição de destaque coreográfico e 100% se apresentam de 1 a 2 vezes por ano.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que as bailarinas apresentam alterações na postura. As participantes do estudo desenvolviam a prática do Ballet Clássico à pelo menos 4 anos. Foram avaliadas suas posturas nas vistas anterior, lateral e posterior, com



relação à cabeça, ombros, coluna e membros inferiores e analisados através do protocolo SAPO.

Para Ferreira (2005), estudar o alinhamento postural predispõe a compreensão do posicionamento de vários pontos anatômicos, que vai ter um grande número de variáveis necessárias para descrevê-lo, tornando necessário estabelecer critérios para escolha de variáveis sem comprometer a descrição do fenômeno.

Segundo Simas e Melo (2000) as alterações posturais mais incidentes nas bailarinas clássicas, são analisadas através de uma avaliação postural no sentido de detectar desvios, desnivelamentos e alterações posturais, a fim de caracterizar o padrão postural.

A preocupação com a postura corporal na prática do Ballet Clássico nos leva a crer que possam existir características posturais específicas nas bailarinas, e estas características devem ser avaliadas para se verificar a sua real prevalência, com relação à postura esperada pelas bailarinas e a sua eficiência técnica (BITTENCOURT, 2004).

Resultados semelhantes foram encontrados nesse estudo, pois 66,6% das bailarinas tiveram uma alteração na inclinação das EIAS para o lado direito apresentando uma elevação da espinha ilíaca ântero-superior esquerda na vista anterior, e todas mostraram uma alteração do alinhamento na postura na vista anterior.

Pode-se observar que a maioria das bailarinas apresentaram alguma alteração do alinhamento postural na vista anterior, com exceção das EIAS, houve inclinação da postura para o lado esquerdo, com uma média de angulação superior a um grau (MEEREIS et al, 2011).

Os resultados angulares do alinhamento horizontal da cabeça com relação da C7 (trago da orelha e C7) mostraram que as participantes tem extensão de cabeça e quanto



ao alinhamento vertical da cabeça (trago da orelha e o acrômio) demonstra uma anteriorização da cabeça.

Neste estudo, em relação ao alinhamento horizontal da cabeça e dos ombros, as bailarinas tiveram uma inclinação maior para o lado direito e uma elevação do ombro maior para direita; as espinhais ilíacas ântero-superiores apresenta uma elevação da espinha ilíaca ântero-superior esquerda; os ângulos entre os acrômios e as espinhais ilíacas ântero-superiores para esquerda.

A inclinação do tronco com a angulação entre o acrômio e trocânter maior do fêmur mostrou uma inclinação posterior do tronco; uma hiperlordose lombar; com relação ao alinhamento horizontal da pelve todas as bailarinas mostraram que tinham uma anteversão pélvica; os ângulos do joelho das participantes mostraram que 50% tem o joelho recurvado e os ângulos do tornozelo das participantes tiveram uma angulação inferior à 90°.

Pode-se verificar que, dos segmentos corporais alterados, a maior parte das bailarinas apresentaram hiperlordose (80%) e um grande número delas apresentaram tronco inclinado para trás (72%) e pernas hiperestendidas (68%). Particularmente, a curvatura lombar foi o segmento corporal com maior comprometimento segundo Simas e Melo, 2000, sendo que em seu estudo 62% das bailarinas apresentam leve aumento da curvatura lombar, e 18%, um acentuado aumento da curvatura lombar.

Segundo Fernandes (2011) as alterações posturais da cintura pélvica, verificou que, apenas 1 (uma) bailarina apresentava anteversão pélvica, ou seja, possuía um ângulo maior que 20°. Todas as outras apresentaram um ângulo menor que 20° com uma média de 10,53°, ou seja, uma retroversão pélvica. O que corrobora com os achados desta pesquisa, onde todas as bailarinas apresentaram uma anteversão pélvica.



Segundo Dias et al (2009) o alinhamento vertical da cabeça em relação ao acrômio tende para anteriorização. O tronco apresentou inclinação para frente. Em relação ao alinhamento horizontal da pelvis observou-se uma inclinação para a esquerda, o que significa que a maioria dos sujeitos analisados tende para retroversão do quadril, e o ângulo do joelho direito apresentou um deslocamento para a esquerda.

Na pesquisa atual, a análise das escápulas com (T3) foi demonstrado uma assimetria da escápula em 66,6% das bailarinas avaliadas, com relação ao retropé direito e esquerdo tiveram uma média 11,16° da postura do tornozelo valgo.

Em relação às escápulas e aos tornozelos, observou-se um elevado desvio padrão nos valores dos ângulos, o que mostra não ter havido homogeneidade nessa alteração, com a maioria das bailarinas tenha apresentado escápulas assimétricas e tornozelos valgos (MEEREIS ET al, 2011).

Quanto ao centro de gravidade, as participantes demonstraram uma maior projeção anterior à esquerda com relação nos planos frontal e sagital, fazendo com que todas tenham assimetrias em suas posturas e conseqüentemente alterações posturais adaptativas das estruturas musculoesqueléticas.

Segundo Smith (1997), a oscilação postural corporal, está relacionada às correções que o corpo faz para manter a linha do centro de gravidade dentro da base de sustentação, destacando ainda que a instabilidade constante do equilíbrio pode ser explicada pela altura do centro de massa e uma base de suporte relativamente pequena.

Segundo Farias et al (2009) o protocolo SAPO é capaz de calcular, a partir de medidas antropométricas, o centro de gravidade, fornecendo, assim, informações sobre o controle postural.



Para Bittencourt (2004), a má postura ocorre quando o posicionamento do corpo está fora dos padrões do centro de gravidade, submetendo o corpo a uma sobrecarga mecânica que levará o aparecimento de alterações dos padrões musculoesqueléticos, podendo inclusive desencadear desvios posturais.

Uma postura correta é indispensável para um bom equilíbrio, mas uma postura não correta não implica obrigatoriamente num distúrbio do equilíbrio (CAMPELO et al, 2006).

Os estudos mostraram que os valores são confiáveis, pois todas as participantes tinham uma alteração postural. Corroborando com Souza et al (2011) o qual, constatou que os valores angulares resultantes do protocolo de avaliação SAPO são em sua maioria confiáveis.

As participantes do estudo 83,4% relataram que procuraram o ballet clássico por conta própria e só 16,6% tiveram um encaminhamento médico para procura por causa de um desvio na coluna, 66,6% das bailarinas não tiveram nenhuma lesão durante prática do ballet clássico e sem nenhum quadro algico, todas estão satisfeitas com a postura adotada no ballet.

Os médicos tem o costume de encaminhar meninas com problemas de postura para o ballet clássico com finalidade desta prática ser coadjuvante a terapia postural, a prática do ballet clássico não esta ligado a nenhuma lesão ou quadro algico, pois além de ser uma fonte para atingir a qualidade da performance técnica, auxilia na prevenção de lesões , com isso as bailarinas sentem-se satisfeitas com a própria postura adotada no treinamento (BITTENCOURT, 2004).

Para Simões e Anjos (2010), a falta de informação por parte das bailarinas sobre o seu próprio corpo faz com que o número de lesões seja maior e também ocorre que



muitos professores de ballet clássico tem total despreparo com a questão de orientar seus alunos sobre a anatomia, cinesiologia e fisiologia musculoesquelético, são questões que estão diretamente ligadas a prática da dança como um todo no que se referem ao rendimento técnico e ao máximo de segurança.

Nos estudos de Batista e Martins (2010), a região corporal que apresenta maior incidência de quadro algico é o joelho das queixas que foram relatadas pelas bailarinas, os níveis de intensidade da dor foram bastante elevados, com intensidade de moderada à intensa em 96,3% das bailarinas estudadas.

Estudo de Borges (2010), a prática de ballet clássico é uma atividade que exige muito fisicamente das bailarinas para que elas cheguem a um nível profissional e os relatos de queixas algicas foram bem significativos, onde percebeu que a sua maioria sofre de dor e que este desconforto interfere na dança e, em grande parte delas no cotidiano também.

As bailarinas tiveram um lugar de destaque nas coreografias do ballet clássico 66,6% e só se apresentam numa frequência de 1 a 2 vezes por ano, o que pressupõe menor exigência física e menor risco de lesões e algias associados a este esporte.

As participantes têm um papel de destaque na coreografia e apresentam varias vezes por ano, por isso não mostram nenhuma relação entre o numero de lesões, tipo dealgia e satisfação postural. Isto demonstrou que nem sempre as bailarinas que referiram lesões foram as que ocupavam lugar de destaque coreográfico, e que relatam maior treino técnico (BITTENCOURT, 2004).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível identificar que a prática do ballet clássico parece ter implicações negativas no desenvolvimento da postura das bailarinas, e o tempo de prática faz com que essas alterações posturais fiquem cada vez maiores. A partir da biofotogrametria foi observado a avaliação postural que foi realizada nas três vistas anterior, lateral e posterior revelando alterações posturais em todas. Destes desvios, foram identificados: extensão da cabeça, anteriorização da cabeça, elevação dos ombros para direita, inclinação do corpo para trás, hiperlordose lombar, anteversão pélvica, joelhos em valgo e recurvados, assimetria das escápulas para direita, retropé em valgo e projeção anterior a esquerda do centro de gravidade; todos esses desvios podem acontecer por causa das posturas colocadas pelo ballet nas suas coreografias.

Portanto, além de avaliar os desvios posturais presentes nas bailarinas, a necessidade de mais estudos nesta área que favoreçam o trabalho da fisioterapia para poder intervir e prevenir a instalação destas alterações e lesões de forma eficiente e precisa, contribuindo, assim, para a melhoria do desempenho no ballet clássico das bailarinas.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Cláudio; IMBIRIBA, Luis Aureliano. **ALTERAÇÕES POSTURAIS E DO EQUILÍBRIO CORPORAL NA PRIMEIRA POSIÇÃO EM PONTA DO BALÉ CLÁSSICO**. Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo, 16(1): 43-52, jan./jun. 2002

BATISTA, Camila Gouveia; MARTINS, Erik Oliveira. **A prevalência de dor em bailarinas clássicas**. Revista J Health Sci Inst. 28(1): 47-9, 2010

BITTENCOURT, Patrícia Futuro. **Aspectos Posturais e Algícos de Bailarinas Clássicas**. Dissertação de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, Rio Grande do Sul, 2004.



BORGES, Larissa Lima. **Prevalência de queixas algicas em dançarinos profissionais em uma escola de ballet clássico na cidade de Porto Alegre-RS.** Monografia. Porto Alegre. Universidade FEEVALE; 2010. Bacharel em Quiropraxia.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Resolução 136 de 1996, 2002.

BRAZ, Rafael Gonçalves, et al. **CONFIABILIDADE E VALIDADE DE MEDIDAS ANGULARES POR MEIO DO SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO POSTURAL.** Revista Fisioterapia em Movimento; 21(3): 117-126, 2008.

CAMPELO, T.S. et al. **Postura e equilíbrio corporal:** um estudo das relações existentes. Rev. Movimento & Percepção, v.6, n.9, p. 55-77, 2006.

CIGARRO, Natalia Martins dos S. et al. **Avaliação da Flexibilidade da Articulação do Quadril em Bailarinas Clássicas antes e Após um Programa Específico de Treinamento.** Revista de Educação Física N.º 133, pág. 25-35. 2006

DIAS, Daniela da Silva G. et al. **Avaliação Postural em Atletas de Voleibol.** Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <<http://www.inicepg.univap.br>>. Acesso em 01/06/2012

FARIAS, Nayara Correa. et al. **Avaliação Postural em Hemiparéticos por meio do software SAPO-Relato de Caso.** Revista ConScientiae Saúde, 2009; 8(4); 649-654.

FERNANDES, Shanlley Cristina. et al. **Alterações posturais no ballet.** Revista Contexto e Saúde, Editora UNIJUI, v. 10, n. 20, p. 643-646. Jan/ Jun 2011.

FERREIRA, Elizabeth Alves Goncalves. **Postura e controle postural: desenvolvimento e aplicação de método quantitativo de avaliação postural.** Tese de Doutorado em Ciências, São Paulo, 2005

MEEREIS, Estele Caroline Welter. et al. **ANÁLISE DE TENDÊNCIAS POSTURAIS EM PRATICANTES DE BALÉ CLÁSSICO.** Revista da Educação Física/UEM, v. 22, n. 1, p. 27-35, 1. trim. Maringá: 2011.

REZENDE. Fabiane A. C. et al. **Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular.** Associação Brasileira Cardiologia 2006; 87(6): 728-734,



ROSA, Edílio Generoso; ZABOT, Alexandre F. **ESTUDO PROSPECTIVO DAS LESÕES OCORRIDAS DURANTE A PRÉ-TEMPORADA DE 2008 DA EQUIPE UNISUL DE FUTSAL ADULTO.** Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br>>. Acesso em: 16/09/2011.

SIMAS, JoseaniPaulini Neves; MELO, Sebastião IberesLopes. **PADRÃO POSTURAL DE BAILARINAS CLÁSSICAS.** Revista da Educação Física/UEM, v. 11, n. 1, p. 51-57, Maringá: 2000.

SIMÕES, Renata Duarte; ANJOS, Aweliton F. P. **O Ballet Clássico e as Implicações Anatômicas e Biomecânicas de sua Prática para os Pés e Tornozelos.** Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, v. 8, n. 2, p. 117-132, São Paulo, 2010.

SMITH L.K.; et al. **Cinesiologia clínica.** 5 ed. São Paulo: Manole, 1997.

SOUZA, Juliana Alves. et al. **Biofotogrametria confiabilidade das medidas do protocolo do software para avaliação postural (SAPO).** Revista Brasileira Cineantropometria Desempenho Humano, 13(4): 299-305 Rio Grande do Sul: 2011.

VETTER, Tanise D.; ARAÚJO, Julio César O. **ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA JUNTO A EQUIPE DE JUDÔ UNISUL / ACREF NO PERÍODO DE MARÇO À OUTUBRO DE 2006.** Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br>>. Acesso: 12/09/2011.



Artigo

A língua brasileira de sinais na formação do profissional como garantia de acesso do surdo aos serviços de saúde

The signs brazilian language in professional training as access guarantee the deaf health services

Ana Karla Bezerra da Silva Lima¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO – A história das civilizações está pontuada de sofrimento e luta do surdo por inclusão social. Uma luz é acesa com o reconhecimento da comunicação através de sinais, que no Brasil tomou a designação de Língua Brasileira de Sinais, permitindo a efetiva interação entre as pessoas surdas e entre elas e as demais pessoas no contexto social brasileiro. Esta forma de comunicação foi reconhecida legalmente em todo o território nacional, inclusive, com determinação para sua prática no âmbito dos serviços de saúde. O problema é que a mesma não é do domínio dos profissionais de saúde em geral, permanecendo a barreira na comunicação entre os mesmos e os usuários surdos, que continuam sem acesso universal aos serviços conforme determina o Sistema Único de Saúde, e quando um surdo consegue atendimento, a dificuldade na comunicação compromete a resolutividade e a qualidade na assistência. Permanece ainda a urgente necessidade da inclusão da Língua Brasileira de Sinais na formação dos profissionais que compõem as equipes de saúde, especialmente os enfermeiros, que permanecem maior tempo interagindo com o surdo nos serviços de saúde, procurando cuidar e atender suas necessidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Inclusão social do surdo. Língua Brasileira de Sinais. Formação do profissional de saúde

¹ Bacharel em Ciências Contábeis. Especialista em Contabilidade pública. Enfermeira. Especialista em LIBRAS. Professora de LIBRAS no curso de enfermagem das FIP. Professora de LIBRAS no curso de enfermagem e de medicina da FACENE.

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Professor aposentado da UFPB. Professor no curso de enfermagem das FIP e professor na Pós graduação na FABEX.



ABSTRACT - The history of civilizations is punctuated by suffering and struggle of the deaf for social inclusion. A light is lit with recognition of communication through signs, which in Brazil took the assignment of Brazilian Sign Language, allowing effective interaction between deaf people and between them and the others in the Brazilian social context. This form of communication has been legally recognized throughout the national territory, including with determination for their practice within the health services. The problem is that it is not the field of health professionals in general, maintaining the communication barrier between them and the deaf users, who remain without universal access to services as determined by the National Health System, and when a deaf can care, difficulty in communication compromises resolution and the quality of care. There remains an urgent need for the inclusion of Brazilian Sign Language in the training of professionals that make up the health staff, especially nurses, who remain more time interacting with the deaf in the health services, seeking care for and meet their health needs.

KEYWORDS: Social Inclusion deaf. Brazilian Sign Language. Training of health professionals

INTRODUÇÃO

Fazendo-se uma retrospectiva na trajetória das civilizações observa-se que a humanidade evoluiu lentamente em seus primórdios, imbricada em severa ignorância, com implicações para a educação das pessoas, cujos resultados interferiam nas relações que se estabeleciam na convivência social. Uma convivência eivada de valores que definiam um contexto social dividido basicamente em dois seguimentos: o dos detentores de poder, daqueles que nasciam normais, e outro dos marginalizados, inclusive os deficientes, dos quais, alguns eram massacrados e eliminados por serem diferentes. Nessa retrospectiva, a história dos surdos apresenta-se marcada por relatos de dor e sofrimento. Sofrimento decorrente da falta de audição, para compreender em plenitude o mundo da comunicação oral e mesmo escrita das pessoas consideradas normais, que ouvem as mensagens emitidas por seus pares; ouvindo, conseguem compreender; compreendendo, conseguem verbalizar as mesmas e, a partir delas, outras tantas na relação humana, fundamentalmente, aquelas que viabilizam a aprendizagem e promovem a satisfação de necessidades básicas.



A dor e o sofrimento dos surdos decorrem do descompasso na comunicação entre os surdos e as pessoas consideradas normais, um descompasso eivado de preconceitos de ordem religiosa, psicológica, cultural e social. Com necessidades especiais auditivas não atendidas, a comunicação prejudicada e, conseqüentemente, a exclusão social o surdo convive com as demais pessoas no sofrimento e na dor. Assim, os surdos constituem um povo historicamente massacrado, humilhado e torturado que fez história por sua infindável luta pelo reconhecimento de sua língua, a Língua de Sinais. Esta expressa não apenas as palavras do surdo, com vocabulário específico, gramática, estrutura e expressões próprias, mas toda uma cultura e vontade de um povo para resistir e não se deixar subjugar por simples circunstância em seu estado físico.

Em meio a sofrimento e dor, o surdo viu sua cultura ser invadida, ser massacrada pelo ouvinte, que ditou as regras da comunicação nas relações interpessoais. Mesmo considerando que o surdo não falava porque não raciocinava, estabeleceu a oralização como a única forma do surdo ser aceito pela sociedade. Conseqüentemente, a única possibilidade do mesmo ser inserido nos diferentes contextos sociais, tais como Sistema de Educação, Sistema de Saúde, Mercado de Trabalho entre outros. Isso não só gerou muito sofrimento e dor, como determinou os surdos como grupo de minorias excluído da convivência social. Com a instituição da oralidade do surdo, o problema não foi resolvido, surgindo novo problema para a sociedade: fazer a oralidade acontecer na prática, se a oralidade era algo que ia de encontro à própria natureza do surdo? Esse problema não poderia ter solução fácil nem de imediato. Por longos anos o país procurou oralizar o surdo na escola às duras penas: Impondo rígida disciplina, cobrando resultados do professor, atribuindo castigo às crianças, entre tantas medidas absurdas.

Muito tempo foi necessário para a sociedade entender que o surdo raciocinava sim, e que ele tinha sua forma de comunicar suas idéias, sua percepção das coisas, das pessoas e dos processos. Essa forma não era a mais cômoda para os ouvintes, mas era a forma natural que os surdos encontraram em meio ao seu povo. Com a ajuda de alguns ouvintes, a forma



gestual-visual foi aos poucos sendo aceita. Era preciso que nós os ouvintes mudássemos o nosso comportamento, mudássemos a forma de comandar as coisas e situações, para devolver ao surdo o leme de suas vidas. No entanto, só na década de 1970, veio o advento da Comunicação Total. Com o reconhecido fracasso do oralismo puro, as pessoas surdas puderam expressar-se e comunicar-se através dos sinais que até então eram proibidos dentro das escolas regulares (HONORA; FRIZANCO, 2009).

O reconhecimento e permissão da comunicação através dos sinais foi inegavelmente o passo decisivo na trajetória do surdo, ainda não plenamente beneficiado com a instituição da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Nos diversos setores da sociedade, inclusive nos serviços de saúde, percebe-se certo desprezo por aqueles que estão ali lutando, necessitando ser vistos, ouvidos e reconhecidos como seres humanos, cujas necessidades são iguais às de qualquer outra pessoa. Quanto à saúde, o surdo adoece e precisa tratar-se, precisa de atenção não só para tratamento de agravos e doenças, como fundamentalmente para garantir seus direitos à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças nos diferentes níveis de complexidade da assistência. A questão que se coloca é como garantir ao surdo o direito de acesso a esses bens se não consegue ser ouvido? O surdo não ouve conseqüentemente não fala convencionalmente como as demais pessoas. Contudo, ele pode se expressar com suas mãos, utilizando uma comunicação gestual visual, uma linguagem de sinais, a LIBRAS. Mas, para ser entendido, precisa que o ouvinte também saiba a linguagem de sinais e interaja, fazendo a comunicação acontecer. No entanto, nos serviços de saúde pré-hospitalares, hospitalares, em clínicas e consultórios nas diferentes especialidades e níveis de complexidade, o que se percebe é um completo descaso com a pessoa que não ouve cujas necessidades básicas não são atendidas.

Essa situação exige que se reconheça a importância da inserção da Língua Brasileira de Sinais nos cursos da área da saúde para formação de profissionais que vão lidar diretamente com aquelas pessoas cujas necessidades especiais gritam e eclodem no mau atendimento e na desinformação por parte desses profissionais. Urge abrir os olhos para essa



camada da sociedade, que além de minoritária, encontra-se seriamente injustiçada por não ser compreendida e não ter respeitado seu direito básico constitucional que elege a saúde como um direito de cidadania, de acesso universal que deve ser garantido pelo Estado (BRASIL, 1988). Porém na prática esse direito é negado, sendo exatamente o Estado que tem negligenciado tal atendimento, mesmo diante da existência de leis que obrigam o cumprimento desse atendimento com qualidade.

A questão da inclusão social dos grupos marginalizados não é recente, porém no Brasil, a preocupação com essa questão passou a ser efetiva nas últimas décadas. Dentre os grupos marginalizados, encontram-se pessoas com algum tipo de deficiência, como é o caso daquelas que tem necessidades especiais auditivas que enfrentam dificuldades na comunicação, com implicações no acesso a bens e serviços de saúde (SOUZA; PORROZZI, 2009). Assim, o presente texto tem como objetivos abordar a origem e evolução da Língua Brasileira de Sinais; evidenciar sua contribuição como instrumento de inserção social do surdo; discutir a inclusão da Língua Brasileira de Sinais na formação do profissional de saúde como garantia de acesso dos surdos aos serviços de saúde.

ORIGEM E EVOLUÇÃO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

As pessoas que apresentam necessidades especiais auditivas, aquelas habitualmente conhecidas por surdos, enfrentaram ao longo da sua história muita dificuldade de comunicação nas relações interpessoais, que deixaram marcas de dor e sofrimento. Os surdos não eram considerados sequer como seres humanos, e sim como animais. Chegaram a ser torturados e perseguidos por causa da sua forma de comunicar-se diferente das demais pessoas. No entanto, ao invés de desanimarem, tais dificuldades serviram como desafios na luta dos surdos por reconhecimento e inclusão social. A persistência deles em busca de



superação instiga ao reconhecimento da importância de se conhecer melhor os acontecimentos que fizeram essa história. Quais passos dados marcaram o início de uma nova vida para os surdos, conferindo-lhes liberdade para se expressar, entender e ser entendido nas relações interpessoais. Abre-se uma nova janela para o surdo sob a perspectiva de que ele possa viver na intersubjetividade, participando da vida nas comunidades a que pertence, nos diferentes contextos do meio onde vive.

Na antiguidade, mais precisamente na Grécia e Roma antigas, o surdo não era considerado como ser humano. Para os grandes pensadores da época, a fala era resultado do pensamento. Assim, o ser humano que não falasse seria porque não pensava, e se não pensava não poderia ser considerado um ser humano. Naquela época, não se imaginava que o surdo não falava porque não conseguia ouvir. Porém, “certa vez Aristóteles afirmou que considerava o ouvido como o órgão mais importante para a educação, o que contribuiu para que o surdo fosse visto como incapacitado para receber qualquer instrução naquela época” (HONORA; FRIZANCO, 2009, p. 19). Para facilitar a compreensão do contexto social em que o surdo vivia, Faremos aqui uma pequena observação a respeito das famílias que compunham a sociedade na Idade Média. Esta era composta por feudos com seus grandes castelos, onde moravam as famílias mais abastadas de então. Essas famílias, para não dividir suas terras e suas heranças com outras famílias, realizavam casamentos combinados dentro da própria família - casavam-se entre si. Essa endogamia provocava defeitos e doenças genéticas, como era o caso da surdez.

Por não possuírem uma língua inteligível, por não poderem pronunciar as santas escrituras, o surdo não podia receber os sacramentos. Para a Igreja, as pessoas que apresentassem deficiência não eram consideradas humanas, já que o homem fora criado à imagem e semelhança de Deus, portanto, deviam nascer perfeitas como Deus é perfeito (MAZOTA, 1996). As pessoas que nasciam com deficiência, suas almas estavam condenadas a serem mortais, uma vez que eram impedidas de receber os santos sacramentos. Muitos séculos se passaram para que a Igreja, apesar de toda a sua influência, percebesse a



grande insatisfação que isso gerava nas famílias dos senhores feudais, e o risco de perder o vínculo com os detentores de grande poder econômico e prestígio social.

Conforme relatos históricos, um importante passo na história da comunicação com os surdos aconteceu no século XVI, no âmbito do Mosteiro Beneditino. No monastério, os monges beneditinos faziam voto de silêncio, permaneciam em suas atividades diárias, no estudo e na oração sem nenhuma comunicação entre eles, gerando grande dificuldade de tocar a vida em sua plenitude. Procurando resolver o problema da comunicação, os monges criaram sinais silenciosos com os quais eles conseguiam passar determinadas mensagens indispensáveis para a convivência na intersubjetividade, o que mais tarde os constituiu como os primeiros preceptores de crianças surdas. Isso aconteceu porque fora descoberto que eles haviam inventado uma forma de comunicar-se, utilizando apenas gestos com as mãos. A partir desse invento a sociedade de então concedeu aos beneditinos a condição de preceptores, passando os mesmos a assumir a educação das crianças com necessidades especiais de audição, possibilitando-lhes um elo entre gestos e palavras, livrando essas crianças da profunda ignorância.

Com o domínio de uma língua que se utilizava apenas de sinais na comunicação, as crianças surdas puderam usufruir das atividades de educação, passaram a participar dos ritos e receber os sacramentos, conseqüentemente, manter suas almas imortais, como era o entendimento religioso de então. Além desses benefícios, através da educação as crianças surdas não perderiam suas posições sociais, teriam possibilidade de conviver interagindo da forma como elas conseguiam e poderiam contribuir, ajudando a Santa Madre Igreja. No exercício da função monacal de preceptores, mais tarde considerada como educadores de crianças surdas Pedro Ponce de Leon foi um Monge que se destacou por empenhar-se em provar que a criança surda era capaz de aprender. Sob sua responsabilidade, essas crianças aprendiam religião, história, matemática, filosofia entre outros conhecimentos importantes da época, trabalhados no âmbito da escola. A partir dos resultados dos seus esforços, ele ficou famoso por toda a Europa (HONORA; FRIZANCO, 2009).



Assim foram surgindo os primeiros passos em relação à educação das crianças surdas, que suportavam pesados fardos de preconceitos e marginalização social. Ainda não havia manifestação da preocupação com a inclusão social das mesmas, mas os resultados da referida experiência de educação já representavam uma tentativa de integrá-las à sociedade. Dando continuidade à experiência dos monges beneditinos, naquela mesma época educadores como Gerolamo Cardano, médico, matemático e astrólogo italiano, criou e educou seu primeiro filho que era surdo, comprovando que a escrita poderia representar as idéias do pensamento e os sons da fala. Aos poucos vai sendo superada a concepção de que a criança surda não pensava e que o pensamento e a idéia dependiam necessariamente das palavras.

O século XVII foi marcado por avanços nos métodos de estudos direcionados para os surdos, pois, havia grande interesse financeiro por parte de estudiosos e das famílias abastadas de então em ver seus descendentes surdos falando, escrevendo e inseridos na convivência da sociedade. Surgiu então nesse século, o primeiro tratado para educar pessoas surdas-mudas (termo desusado atualmente). Do mesmo constava um alfabeto manual que havia sido idealizado na França por Juan Pablo Bonet, por volta do ano de 1620. Ele era padre espanhol, filósofo, soldado e preceptor de crianças surdas. Acreditava que, se cada som fosse representado por uma forma visível, seria mais fácil para o surdo aprender a ler. Outra figura de destaque na educação do surdo foi o estudioso holandês Van Helmont, que defendia a idéia de que o surdo deveria ser oralizado através do alfabeto hebraico, que trazia na sua pronúncia a posição da laringe e da língua ao reproduzir os sons das palavras. Criou assim o método da leitura labial e do uso de espelhos.

Mais um defensor da oralização dos surdos foi o português naturalizado na França, Jacob Rodrigues Pereira, que sabia utilizar com fluência a língua de sinais. Ficou famoso por seu método utilizando apenas um alfabeto escrito e a fala através da manipulação dos órgãos da fala de seus alunos. Seu método parecia eficaz, porém, ele era criticado, porque alguns estudos da época indicavam que “a escrita não era vista como inserção do sujeito na



sociedade, mas sim como a tentativa de substituir o que lhe faltava, a fala” (HONORA; FRIZANCO, 2009, p. 21). Outro educador foi Johann Conrad Amman, um médico suíço que aperfeiçoou o método de leitura labial e espelho de Van Helmont inserindo o tato, ou seja, a percepção das vibrações da laringe, método utilizado até os dias atuais em seções de fonoaudiologia. Ele também era focado no oralismo, pois acreditava que “na voz residiria o sopro da vida, o espírito de Deus”. Considerava que ser surdo aproximava as pessoas dos animais deixando-as irracionais e o uso da língua de sinais atrofiava suas mentes (MOURA, 2000, citado por Honora; Frizanco, 2009, p. 21).

Em 1760 foi fundada em Edimburgo a primeira escola privada para educação de surdos, sendo a mesma transferida para Londres em 1783. Essa escola teve como fundador o inglês Thomas Braidwood. Nela escola se ensinava a escrever utilizando o alfabeto digital, assim como o significado das palavras escritas e sua pronúncia através da leitura orofacial. Além disso, seus alunos aprendiam um alfabeto que fazia uso das duas mãos e que até os dias atuais é utilizado na Inglaterra. Esse método foi bem difundido, dando significativos resultados, que levaram sua família a abrir várias filiais utilizando seu método, mas sempre guardando segredo do mesmo. Assim, o século XVIII marcou a história das pessoas com necessidades especiais auditivas, período em que se constatou maior prosperidade para o surdo. Destaca-se maior evolução em qualidade na educação do surdo que, através da linguagem de sinais, conseguiu expandir-se em diversas áreas e profissões, graças à implantação de novas escolas direcionadas a pessoas surdas.

Em 1760 o abade francês Charles-Michel de L’Epée, reconhecido como um dos primeiros defensores do uso da Língua de Sinais que já existia e se aperfeiçoava, criou em Paris, a primeira escola pública para surdos no mundo (MOURA, 2000). Não havendo recursos financeiros para manutenção da instituição, Charles-Michel de L’Epée arrecadava fundos fazendo demonstrações dos resultados de seus métodos de ensino em praça pública com seus alunos. Pedia que o público ali presente escrevesse perguntas básicas para seus



alunos surdos, que de pronto as respondiam publicamente. Assim ele conseguia doações e sustentava o Instituto Nacional para Surdos-Mudos (HONORA; FRIZANCO, 2009).

A partir da Idade Contemporânea é que vamos encontrar de fato, relatos e registros acerca das instituições que educaram os surdos a partir de então. Até 1750 encontram-se apenas os registros expressivos de preceptores que realizavam a tarefa que passara a ser dessas instituições, como foi o caso do Instituto Nacional de Surdos-Mudos, que durante sua história teve vários diretores, após Charles-Michel de L'Épée: médicos, psiquiatras, cirurgiões e professores, inclusive surdos, cada um com sua teoria de que era necessário fazer o surdo ouvir, que a verdadeira educação exigia que o surdo falasse, entre outras. Sob o impulso de tais teorias, novamente eclodem antigos conceitos, mediante os quais os surdos eram comparados a selvagens. Experimentos de toda espécie foram feitos, conforme ilustra o texto a seguir:

Seus próximos passos foram dissecar cadáveres de surdos, dar descargas elétricas em seus ouvidos, usar sanguessugas para provocar sangramentos e furar as membranas timpânicas dos alunos, fazendo com que um deles fosse levado à morte e outros tivessem fraturas cranianas e infecções devido às suas intervenções” (HONORA; FRIZANCO, 2009, p. 23).

A Língua de Sinais foi proibida por atrapalhar a verdadeira educação que deveria ser realizada através da oralização. Até mesmo os professores surdos que já atuavam na educação eram afastados de seus cargos, dando lugar aos professores ouvintes. No entanto, toda essa teoria foi aos poucos sendo posta abaixo. Seus defensores no final de suas vidas passavam a reconhecer que a Língua de Sinais era a única forma de educar um surdo com eficiência. Contudo, a educação do surdo nos Estados Unidos veio acontecer cerca de cinquenta anos depois, enfrentando muitas dificuldades. As pessoas que procuravam as escolas e educadores europeus da época para aprender e disseminar a educação para surdos



não eram atendidas. Havia muito mais interesse econômico que humanitário, em proporcionar tal acessibilidade (HONORA; FRIZANCO, 2009).

No entanto, tal dificuldade foi superada a partir de Charles-Michel de L'Épée, “o pai dos surdos”, como era conhecido. Ele fazia questão de ensinar seus métodos, ajudar a quem se interessasse, queria ver os surdos inseridos no meio da sociedade, falando e com seus direitos cristãos preservados. Assim procedeu quando recebeu a visita do americano Thomas Gallaudet, que levou Laurent Clerc, professor surdo da escola de L'Épée, para fundar uma escola pública para surdos nos EUA. Inicialmente, lá se usava a Língua de Sinais francesa que, aos poucos, foi sendo adaptada e transformada na ASL – Language Sing American (MOURA, 2000). Em 1864 Edward Gallaudet, filho de Thomas, fundou a primeira faculdade para surdos na cidade de Washington. Essa ainda existe atualmente, com a denominação de Universidade Gallaudet, “a única escola superior de artes liberais para alunos surdos do mundo”. Após alguns anos, depois de percorrer o mundo verificando a eficácia do método utilizado na faculdade, Gallaudet voltou com idéia fixa e passou a adotar o oralismo como forma de trabalho na educação do surdo, e assim permanecendo nos próximos 80 anos de educação (HONORA; FRIZANCO, 2009, p. 24).

Outra figura de destaque na história dos surdos, foi Alexander Graham Bell - conhecido como ‘o mais temido inimigo dos surdos americanos’, conforme Sacks, citado por Honora e Frizanco (2009, p. 24). Grande cientista, inventor do telefone, foi filho de mãe surda e sua esposa perdeu a audição ainda muito jovem sendo oralizada, era forçada a se passar por ouvinte em meio aos outros. Isso porque seu esposo abominava a surdez, e ela passava despercebida por meio dos ouvintes, por ordem de seu esposo. Na opinião de Graham Bell, todos os surdos deveriam ser oralizados por professores ouvintes e proibidos de casarem entre si, ou de formarem comunidades surdas. A surdez era abominada por ele, inventando então o telefone, como um objeto para auxiliar o surdo na fala.

Um fato histórico de destaque foi o I Congresso Internacional de Surdos-Mudos realizado em Paris no ano de 1878. Nele, fica instituída a articulação com leitura labial como



melhor método de ensino aos surdos, e nas séries iniciais o uso de gestos. Entretanto, tal felicidade não durou mais que dois anos. Em 1880, houve o II Congresso Internacional de Surdos-Mudos em Milão, com a participação de um único surdo que não pode votar, onde ficou decidido o oralismo com método único e superior, assim como a fala em relação aos sinais, para educar a pessoa surda. Tudo o que havia sido conquistado até então fora perdido. O surdo que já estava começando a adquirir seu espaço dentro das sociedades, começando a trabalhar, a estudar e adquirir conhecimento sobre o mundo retorna à estaca zero. Reiniciava então, o período de repressão, de agressões e falta de respeito à pessoa surda, que se via mais uma vez discriminada e submissa por causa de uma diferença, a audição. Talvez isso justifique o fato do surdo ser atualmente tão desconfiado, de procurar casamento apenas entre seus pares, em suas comunidades surdas. Percebe-se ainda hoje entre os surdos o medo da rejeição e discriminação.

Todo esse sofrimento durou 80 anos, quando Binet e Simon, os inventores do teste de QI – Coeficiente de Inteligência fizeram uma avaliação do método oral puro (MOURA, 2000). Foi descoberto a partir daí que o surdo passava oito anos na escola e não conseguia atingir os objetivos almejados: desenvolver a fala e comunicar-se oralmente. Os surdos aprendiam ocupações para sobreviver e não passavam disso. Foi decidida então a instituição de uma nova metodologia, a Comunicação Total, que preconizava o uso das linguagens orais e sinalizadas simultaneamente. Essa decisão alavancou o processo de educação dos surdos, que foi aos poucos tomando vulto nas instituições brasileiras de educação. Assim, no contexto social brasileiro dos dias atuais já existe nas escolas que trabalham com a surdez na, o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais como primeira língua, considerada como língua mãe, e como segunda, a língua Portuguesa escrita. Lamentavelmente, mudaram os personagens no contexto social brasileiro, mudaram as regras de convivência social, mas pouco mudou quanto à história dos surdos, que segue basicamente o mesmo rumo.

Os registros da luta dos surdos mais antigos datam do Segundo Império, quando Hernest Huet, um educador francês que estudou no Instituto Nacional para Surdos-Mudos



de L'Épée, trouxe para o Brasil a Língua Francesa de Sinais. Com o passar do tempo, essa língua foi adaptada e deu origem à Língua Brasileira de Sinais. Huet solicitou um prédio e permissão ao Imperador D. Pedro II para fundar o Instituto dos Surdos-Mudos do Rio de Janeiro (HONORA; FRIZANCO, 2009). O Imperador prontamente atendeu seu pedido que era de seu grande interesse, pois, seu neto, filho da Princesa Isabel com o Conde D'Eu era surdo (SOARES, 1999). O Instituto foi fundado no dia 26 de setembro de 1857, e por esse motivo comemora-se no Brasil o Dia do Surdo nessa data. Após o Congresso de Milão, aqui no Brasil também ficou proibido o uso da Língua de Sinais. No Instituto dos Surdos-Mudos do Rio de Janeiro passou a ser ensinada apenas a linguagem oral com a justificativa de que seria esta soberana nas relações sociais em detrimento da linguagem escrita. Para que ensinar a escrever um surdo, num país de analfabetos? Questionava o Dr. Menezes Vieira, funcionário do Instituto que tinha firme convicção de que a única forma de reinserir o surdo na sociedade seria o ensinando a falar (SOARES, 1999).

O referido Instituto além da educação básica ensinava uma profissão ao aluno surdo, tinha oficinas de douração, pautação, sapataria e encadernação. Os alunos eram separados de acordo com sua aptidão auditiva, para que as turmas ficassem homogêneas em relação a essa aptidão, e assim, facilitar o trabalho de educação das crianças consideradas normais e as demais que apresentavam necessidades especiais de audição. A separação das crianças surdas das demais refletia o preconceito existente para com as crianças surdas, o que pode ser observado na citação de um dos vários diretores que passaram pelo Instituto que diz: 'Separados os anormais em classes homogêneas suaviza-se sobremaneira a tarefa educativa que é muito mais difícil e ingrata em relação a estas crianças' (HONORA; FRIZANCO, 2009, p. 27). Persistindo a convicção de a oralidade é a única forma de educar as crianças surdas, outro fato ocorrido de significativa importância foi a criação de curso específico para formar professores. Sob a direção de uma educadora, a professora Ana Rímoli de Faria Dória, foi instituído um Curso Normal de Formação de Professores para Surdos, com



duração de três anos e metodologia totalmente voltada para o oralismo, que recebia e formava profissionais de todo o Brasil (HONORA; FRIZANCO, 2009).

Apenas em 1970 chega ao Brasil a Comunicação Total, causando alívio aos que há tantos anos vinham sofrendo com a imposição do oralismo e as exigências daqueles que não conseguiam perceber que tal metodologia de ensino ia contra a natureza daqueles que não nasciam com audição perfeita. Já na década seguinte, as professoras Lucinda Ferreira Brito e Eulália Fernandes traziam para o Brasil o Bilingüismo, proposto em estudos que realizaram sobre a Língua Brasileira de Sinais e a educação dos surdos respectivamente. No entanto, ainda encontramos paralelas, as três metodologias de educação no Brasil, persistindo arraigadas a certas culturas populacionais. Muitas outras escolas importantes vieram depois e fizeram história junto ao Instituto, dando continuidade e crescimento à educação do surdo em nosso país. Podemos citar o Instituto Santa Teresinha em São Paulo, fundado em 1929 que no início aceitava apenas meninas, adotava o sistema de internamento, o ensino regular e de natureza particular. Temos ainda a Escola Municipal de Educação Especial Helen Keller (1951) e o Instituto Educacional São Paulo – IESP, fundado em 1954 e que em 1969 foi doado para a PUC/SP onde funciona até os dias atuais, como um centro de referência na área de deficiência auditiva, para estudos e pesquisas (HONORA; FRIZANCO, 2009).

O destaque ao longo dessa história, é que além de muito sofrimento, o surdo se mostrou muito forte perante todas as adversidades enfrentadas, impostas por aqueles que pensavam estar lhes fazendo o bem, ou usavam desse disfarce para abrir de mão da ética pelo ser humano, e realizar experimentos absurdos em nome da ciência, ou sua suposta curiosidade. Apesar de toda a opressão, a Língua de Sinais resistiu e sobreviveu. Às escondidas, pelos guetos, em comunidades secretas, os sinais eram ensinados e passados de geração a geração. O surdo foi descoberto como pessoa, como ser humano, capaz de pensar e raciocinar, sem ter que ouvir um único som para isso. Provou com sua sofrida existência, que era capaz de aprender e fazer uso de sua lógica utilizando outros sentidos. Especificamente em relação à inclusão social, o surdo necessitava apenas que a oportunidade



lhe fosse dada para fazer jus ao reconhecimento, o que ocorreu no Brasil com a instituição da Língua Brasileira de Sinais que é de fato e de direito, a forma mais coerente para que o surdo possa crescer e desenvolver-se como cidadão, com competência e habilidade lingüística e pedagogicamente (HONORA; FRIZANCO, 2009).

LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS E A INSERÇÃO SOCIAL DO SURDO

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) constitui uma forma de comunicação possível e eficiente nos dias atuais, entre as pessoas portadoras de necessidades especiais auditivas e as demais do contexto social em todos os seus seguimentos e instituições, de forma imediata e completa, não importando a classe social a que o indivíduo pertença. Ressalte-se que a comunicação implica três elementos essenciais: a mensagem que é transmitida, o emissor - aquele que emite a mensagem e o receptor – aquele que recebe a mensagem. Para que a comunicação aconteça de forma efetiva, é indispensável que as partes: emissor e receptor da mensagem- se entendam, compreendam a mensagem transmitida. Estamos falando de um processo que exige competências e habilidades naqueles que nele estão envolvidos, para que a comunicação se faça com eficácia, para que a mensagem transmitida atinja sua meta. Se houver dificuldades no desenvolvimento desse processo, como é o caso das pessoas com necessidades especiais auditivas, a comunicação não se faz ordinariamente. Neste sentido, a LIBRAS representa um instrumento primordial de comunicação para aqueles que dela dependam para se comunicar.

Oportuno se faz enfatizar que a inserção da Língua Brasileira de Sinais no sistema brasileiro de educação, conseqüentemente, nos diferentes âmbitos do contexto social deste país enfrentou preconceitos religiosos, morais, culturais e sociais. Preconceitos que se arrastam até os dias atuais, com implicações não apenas para as pessoas com necessidades especiais auditivas, mas para suas famílias, grupos de pertença, sistema de educação em todos os níveis, mercado de trabalho, serviços de saúde e a população em geral. Essas



peessoas, apesar dos avanços nas políticas sociais deste país, do que preconiza a Constituição Federativa do Brasil em relação aos direitos de cidadania, continuam com seus direitos negados, como se a elas fosse concedida uma espécie de cidadania menor.

Passo significativo na direção da solução do problema do surdo ocorreu com a implantação do Bilingüismo como metodologia de ensino para pessoas surdas no Brasil, o que ocorreu na década de 1980. Com isso, a sociedade passou a considerar uma nova proposta de ensino, na qual se consideram duas línguas: a Língua de Sinais e a Língua Portuguesa, podendo ser exercidas na modalidade escrita ou oral. A partir de então, a Língua de Sinais passou a ser permitida - passo decisivo na trajetória da comunicação entre e com as pessoas com necessidades especiais auditivas. Passou a ser utilizada em todas as escolas brasileiras, por onde houvesse crianças surdas. A nova metodologia veio contribuir para sanar a necessidade de aprendizagem dessas crianças, possibilitando que as mesmas pudessem ser inseridas no contexto social. No entanto, o problema não está ainda totalmente resolvido, continua demandando esforços para que a comunicação aconteça de fato e eficazmente entre tais pessoas e entre elas e a sociedade como um todo. Isso leva estudiosos da referida temática a questionar: “por que atualmente apesar de se ter uma política de inclusão, o sujeito surdo continua excluído?” (PERLIN; STROBEL, 2006, p. 5).

Sempre que se fala em inclusão social das pessoas com necessidades especiais auditivas, a primeira idéia que vem à memória é a inclusão do sujeito surdo na escola para crianças consideradas normais. Isso significa colocar o surdo em uma sala de aula cheia de alunos ouvintes para que ele tenha a mesma oportunidade que todos de estudar e inserir-se no mercado de trabalho como as demais pessoas não portadoras de surdez. Mas, como isso seria possível sem o conhecimento e formação dos professores na Língua de Sinais, que é a única forma do aluno surdo interagir com a disciplina dada em sala? Como fazer o elo entre o aluno surdo e as demais pessoas do mundo onde ele está inserido? Como apresentar esse mundo numa linguagem inteligível “aos olhos” do surdo? Estes e outros foram questionamentos levantados, e que após muita discussão trouxeram para os surdos em



primeiro lugar, e também para todas as demais pessoas da sociedade um grande benefício, que foi o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais como forma de comunicação e expressão legais em nosso país. Conforme dispõe a Lei 10.436 de 24 de abril de 2002 em seu artigo primeiro:

É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e outros recursos de expressão a ela associados. **Parágrafo único.** Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil. (BRASIL, 2002).

A partir de 24 de abril de 2002, a Língua Brasileira de Sinais passou a ser legalmente reconhecida como uma língua oficial em nosso país, com expressão, gramática e estrutura próprias. Ressalte-se que a Língua Portuguesa continua a ser insubstituível, principalmente na modalidade escrita, por ser a língua oficial do nosso país. Sob o aspecto legal, o problema da comunicação com os surdos estava resolvido a partir de então! No entanto, outras providências precisavam ser tomadas para que a Lei fosse posta em prática. Muito faltava a ser posto em prática. Como se fosse uma finalização da questão, a resolução de todos os problemas, o bilingüismo invade o meio educacional nas comunidades em geral. Surdos e especialistas da área vêm no bilingüismo a última palavra em educação. As portas começam a se abrir mediante a promessa de uma nova perspectiva que essa metodologia trazia. Mas, para muitas pessoas, falta a real consciência necessária para assumir o bilingüismo como uma escolha de vida (FERNANDES, 2008).

O surdo precisa assumir o comando de sua identidade. Ele precisa ter o seu próprio modelo cultural experienciado por ele e seus pares, os povos surdos desejam a verdadeira



valorização da Língua de Sinais, reconhecendo-a como a sua primeira língua, e tendo suas opiniões respeitadas. Ressalte-se que, as pessoas ouvintes continuam sempre decidindo pelos sujeitos surdos como se eles não fossem capazes. Os sujeitos ouvintes continuam disputando relação de poder acima dos líderes surdos em diversas áreas, quando é primordial sua participação, e acima de tudo, o surdo precisa e quer assumir sua dignidade de “Ser Surdo” (PERLIN; STROBEL, 2006).

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

A convivência do surdo no atual contexto social continua pontuada de dificuldades na comunicação, com implicações para todas as áreas de atividades. Não se trata de um problema da atualidade, pois árdua tem sido a luta para superar as dificuldades enfrentadas pelo surdo ao longo da vida, com relação ao acesso aos serviços de saúde, nada é diferente. Pouco ou nada de informação tem o surdo quanto à promoção da saúde, quando se trata de questão regulamentada na Constituição Federativa do Brasil como um direito de cidadania. Em se tratando do acesso universal legalmente garantido a todo cidadão, para o surdo este é um direito negado. Chegando a um hospital, a uma clínica, seja em serviço público ou privado ou mesmo unidade de saúde da família, considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, o surdo é surpreendido com um caos total, quanto ao atendimento às suas necessidades, em detrimento das leis que garantem a acessibilidade e inclusão social. Ao adoecer, ao tentar fazer uma prevenção de saúde, o surdo tem que enfrentar um problema muito maior que todos nós enfrentamos ao buscar os serviços de saúde, ele enfrenta a indiferença, ele testemunha o que é não ser ouvido, não ser entendido, ninguém sabe se comunicar ou interagir com ele.

Nas últimas pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE foi confirmado que a deficiência auditiva juntamente com a motora lidera o segundo



lugar no ranking de deficiências no atual contexto social brasileiro. Uma população de 5.750.809 pessoas apresenta deficiência auditiva atualmente no Brasil. Esse é um número bastante expressivo que deveria provocar a motivação dos profissionais da saúde, no sentido de buscar uma aproximação deste público tão significativo. No entanto, o profissional de saúde não se envolve com esse problema. Fica a margem do que está acontecendo, assistindo a desesperança do surdo que procura atendimento como se não fosse obrigação sua fazer aquele atendimento acontecer. Esquece ou não aprendeu o conceito de humanização e se justifica por não ter recursos para realizar tais atendimentos. A impressão que fica é a de que: “o não se envolver traz uma ilusória e cômoda sensação de segurança. Menosprezar os sentimentos alheios pode levar-nos a uma prática assistencial reducionista, na qual cabe somente a dimensão técnica. A competência para cuidar pressupõe, além do saber técnico, saberes ligados ao relacionar-se com o outro; afinal, o cuidado é relacional” (PUGGINA; SILVA, 2009, p. 603).

Tanto a Lei de Diretrizes e Bases do Ensino Brasileiro como as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação fazem recomendações a serem inseridas na matriz curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do país, visando à garantia de conhecimentos gerais e específicos necessários ao perfil do formando para o exercício da profissão com competências e habilidades. Em outros termos, objetivam garantir uma formação que qualifique o profissional para atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), focado na integralidade e humanização da assistência. Ressalte-se que o processo de comunicação constitui "um dos desafios enfrentados na humanização em saúde" (DESLANDES; MITRE, 2009, p.641). Tal desafio precisa ser superado, considerando que a relação que se estabelece entre o profissional de saúde que cuida e a pessoa sob seus cuidados implica que a comunicação aconteça plenamente. Esta é uma condição indispensável para que o profissional possa identificar as necessidades de saúde do usuário e elaborar um plano de cuidados para realizar ações de intervenção que possam ajudar resolver o problema de saúde do usuário. A inserção da



Língua Brasileira de Sinais na formação do profissional o capacitará para prover o cuidado humanizado aos surdos (SILVA, 2006).

O texto do Artigo 3º da Lei 10.436 determina que “As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor” (BRASIL, 2002). Esta lei foi regulamentada pelo Decreto de número 5.626/2005. Esse decreto endossa e chama a atenção os profissionais de saúde que lidam com o público surdo a enfrentar juntamente com ele, a dificuldade da falta de comunicação. Portanto, fica difícil para o profissional fechar os olhos para tais dificuldades que urgem gritantes nessa falta de interação do profissional que cuida com a pessoa que necessita do cuidado. A questão que se coloca é o que e como fazer para garantir essa determinação legal em uma realidade onde se constata total despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a referida população, cada vez mais consciente de seus direitos quanto ao atendimento de suas necessidades de atenção à saúde?

O Artigo 25 do referido decreto em vigência a partir de 22. 12. 2005 exige das empresas de saúde do Sistema Único de Saúde e de todas as suas concessionárias, a garantia do completo e integral atendimento, não importando a complexidade ou especialidade, às pessoas surdas ou portadoras de surdez de qualquer grau, na perspectiva da plena inclusão social. Dá por responsabilidade do profissional de saúde, a orientação à pessoa surda ou portadora de surdez sobre os possíveis tratamentos, cirurgias, aparelhos auditivos e, principalmente, orientar e encaminhar a família cuja criança nasce surda sobre as implicações ocasionadas pela surdez e a Língua Brasileira de Sinais e a Língua Portuguesa como formas de aprendizado (BRASIL, 2005). Ainda neste mesmo artigo, consta a determinação de que cabe ao profissional de saúde, o diagnóstico cuidadoso e precoce, realizando o atendimento e encaminhamento para área especializada, respeitando a necessidade individual de cada um. Cabe também encaminhar e orientar o paciente surdo ou portador de surdez ao profissional fonoaudiólogo para realização de terapias de acordo com



a necessidade especial e individual de cada um. Nos casos de reabilitação, cabe ainda encaminhar o paciente a uma equipe multiprofissional, na qual terá direito a receber assistência nos diversos setores que se fizerem necessária (BRASIL, 2005).

Especificamente em relação à Língua Brasileira de Sinais, o assunto é abordado nos incisos IX e X do artigo 25 do Decreto nº 5.626, nos seguintes termos:

IX - atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e X - apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação (BRASIL).

No Inciso IX, o destaque é para uma exigência do Estado para que a pessoa surda e/ou com deficiência auditiva seja atendida por profissionais de saúde devidamente capacitados, exigindo que esses profissionais façam o uso da Língua Brasileira de Sinais, com capacidade para traduzi-la e interpretá-la. Já no Inciso X, fica claro o empenho por parte do Estado em dar apoio à capacitação desses profissionais de saúde, para afirmar a garantia de tal atendimento com qualidade. Um aspecto que mais chama atenção no conteúdo abordado nos Incisos IX e X acima citados é a respeito do prazo para o cumprimento deste Decreto, que data de dez anos a partir de sua publicação. Ou seja, a partir de dezembro de 2015, as empresas pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão para prestar serviços públicos de assistência à saúde deverão estar com seus profissionais preparados e em condições de fazer cumprir o que determina referida Lei.

Infelizmente, o que testemunhamos nos dias atuais é o completo desconhecimento desta Lei e do Decreto que a regulamenta. Quando pessoas surdas e/ou portadoras de surdez



chegam às citadas empresas de saúde, os profissionais que nelas atuam ficam horrorizados com o fato dessas pessoas andarem sozinhas para resolver tais problemas, sem alguém que saiba se comunicar com eles para guiá-los e que saibam falar em Português, para que possa haver uma comunicação que permita compreender suas necessidades de saúde e receber orientação adequada. Na verdade, além do desconhecimento da Lei que garante o adequado atendimento ao surdo, não percebem que é deles a obrigação de saber se comunicar com o surdo, enquanto profissionais de saúde, que devem estabelecer a devida comunicação com o surdo, procurando fazer o melhor atendimento, procurando estabelecer o processo do cuidar de forma adequada e coerente com a necessidade especial de cada um. Nesse contexto, questiona-se como fica o sigilo do atendimento daquele paciente que necessita de uma terceira pessoa para conseguir ser atendido e estabelecer uma comunicação correta e eficaz com os profissionais de saúde pelos quais que tenha que passar?

O texto do artigo 3º do Decreto nº 5.626 apresenta a LIBRAS como disciplina que deve constar do currículo para a formação dos seguintes profissionais, como segue:

Art. 3º A LIBRAS deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de Fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. § 1º Todos os cursos de licenciatura, nas diferentes áreas do conhecimento, o curso normal de nível médio, o curso normal superior, o curso de Pedagogia e o curso de Educação Especial são considerados cursos de formação de professores e profissionais da educação para o exercício do magistério. § 2º A LIBRAS constituir-se-á em disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação



profissional, a partir de um ano da publicação deste Decreto (BRASIL, 2005).

Neste artigo fica clara a obrigatoriedade da Língua Brasileira de Sinais nos cursos preparatórios para formação de professores em geral que exercerão o magistério e na área da saúde, apenas no curso de Fonoaudiologia, como se os demais profissionais de saúde não fossem lidar diretamente com o surdo e/ou portador de surdez. No parágrafo segundo do artigo acima, trás a Língua Brasileira de Sinais como matéria optativa para os demais cursos de formação superior e de educação profissional em nosso país. A partir do exposto neste e nos demais capítulos deste estudo, consideramos que tanto a Lei 10.436 como o Decreto que a regulamenta devem ser revistos. A Língua Brasileira de Sinais deve ser disciplina obrigatória na formação de todos os profissionais de saúde e dos demais profissionais que estabelecem relações diretas com o público em geral, especificamente com o surdo. Assim como a disciplina de Língua Portuguesa, a Língua Brasileira de Sinais deve ser igualmente cobrada nas provas de concursos públicos, para provimento de cargos em empresas pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS e aquelas que têm concessão ou permissão para prestar serviços públicos de assistência à saúde.

Esse público alvo está desassistido, ou no mínimo mal assistido. Por que a formação dos profissionais que vão lidar com ele está incompleta. Faz-se necessário, o quanto antes, formar profissionais, principalmente na área da saúde, com competências e habilidades para garantir uma efetiva comunicação eficiente com os surdos, viabilizando acolhimento eficaz na promoção da saúde, criando possibilidade para um atendimento adequado. Urge, portanto, garantir ao surdo o direito de acesso aos serviços de saúde para prevenção de doenças e agravos, orientação para terapia medicamentosa ou não com qualidade e eficiência, preservando o sigilo e respeitando as necessidades e individualidades de cada ser. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar capacitados para se comunicar de maneira eficiente com os usuários surdos, principalmente aqueles que atuam na Atenção Básica. Essa



recomendação pode tornar-se realidade com a exigência do componente LBRAS para todos os cursos da área de saúde. A do profissional com seus assistidos implica comunicação, no caso do surdo, essa comunicação vai acontecer com eficácia através da Língua Brasileira de Sinais (SOUZA; POROZZI, 2009). Compreendemos que, apenas desta forma se poderá fazer um cuidado humanizado, realizado sob uma visão holística da pessoa cadastrada nos serviços de saúde, respeitando sua individualidade e respeitando sua singularidade, valorizando seu saber, suas crenças, seus valores, seu contexto histórico e, seus limites físicos, mentais, intelectuais, sociais e espirituais.

A partir do exposto neste estudo e do conhecimento que apreendemos no dia-a-dia em contato com as pessoas com necessidades especiais auditivas, é possível perceber que o Estado, de alguma forma, vem assumindo sua responsabilidade, mediante dispositivos legais, instituição de programas, entre outras estratégias. Portanto, resta aos profissionais e futuros profissionais de saúde assumir a parte que lhes cabe. Urge, pois, que cada cidadão e cada cidadã assumam o compromisso com a luta por garantir a comunicação efetiva com os surdos, bem como, o pleno acesso aos bens e serviços de saúde. A expectativa que surge é a de que essa postura contribuirá significativamente para a efetivação das políticas públicas que promovam a saúde e assegurem o acesso universal e igualitário a toda e qualquer pessoa nos serviços de saúde, independentemente de suas diferenças. Assim, cabe lembrar que as pessoas surdas esperam que você assuma sua parte e passe a dar efetivamente sua parcela contribuição, incentivando seus pares a fazer também a parte deles. Assim, estaremos todos contribuindo para sanar o débito da sociedade para com os surdos, promovendo sua inclusão social.



CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste estudo visa ampliar os conhecimentos específicos acerca da problemática em torno da inclusão social do surdo, particularmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Procura enfatizar a urgente necessidade de inserção da Língua Brasileira de Sinais na formação do profissional de saúde, contribuindo para a efetivação da comunicação com o surdo, que se dá em um processo de interação em que os sujeitos compartilham mensagens, conhecimentos, idéias, sentimentos e emoções. Essa é a condição para que o profissional possa identificar e atender às necessidades de saúde dos usuários de forma humanizada e integral. As necessidades do usuário é que devem nortear a assistência prestada pelo profissional dentro de cada segmento dos serviços de saúde. A demanda e o tipo desse usuário é que deve orientar o profissional de saúde no que diz respeito à forma como ele deve desenvolver esse trabalho para viabilizar um melhor acolhimento do surdo e garantir a qualidade na assistência.

Ressalte-se que esse trabalho está longe de ser realizado. Esta meta está longe de ser alcançada. A comunicação tem sido a maior barreira, impedindo sua realização. O que pudemos constatar ainda é que a Língua Brasileira de Sinais continua sendo uma língua estranha para a maioria dos profissionais de saúde. Leis para garantir o atendimento com qualidade ao paciente surdo e/ou portador de surdez já existem. Agora urge fazer acontecer sua inclusão social, inclusive, no âmbito da saúde, em seus diversos segmentos. Mas para isso, o profissional precisa estar preparado para estabelecer a comunicação com o usuário que não ouve e não consegue falar em português. Precisa estar sensível à integralidade para realizar verdadeiramente a humanização com uma mentalidade inclusiva. Urge, portanto, buscar uma nova idéia, qualificar melhor o profissional que está sendo formado nas instituições de ensino deste país. Um profissional mais atento às necessidades desses grupos isolados, e que se veja como estabelecer um elo importante entre o profissional e esse grupo



especial, que também compõe a sociedade, garantindo o atendimento de suas necessidades dentro dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. **Lei nº10.436 de 24 de abril de 2002**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm>. Acesso em: 05 mar. 2014.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunidade Saúde Educação**, v.13, supl.1, p.641-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FERNANDES, E. **Surdez e Bilingüismo**. Porto Alegre: Mediação, 2008.

HONORA, M.; FRIZANCO, M. L. E. **Livro ilustrado de Língua Brasileira de Sinais: desvendando a comunicação usada pelas pessoas com surdez**. São Paulo: Ciranda Cultural, 2009. Livro verde.

IBGE. **Senso demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

MOURA, M. C. **O surdo: caminhos para uma nova identidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

PERLIN, G.; STROBEL, K. **Fundamentos da educação de surdos**. Florianópolis: UFSC, 2006.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, Minas Gerais, v.13, n.4, p. 599-605, out./dez. 2009.

SACKS, O. W. **Vendo vozes**: uma jornada pelo mundo dos surdos. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

SANTOS, E. M.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Revista Eletrônica de Enfermagem - REE**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/f7_surdos.html>. Acesso em: 02 abr. 2014.

SOARES, M. A. L. **A educação do surdo no Brasil**. Bragança Paulista: Autores Associados, 1999.

SOUZA, M. T.; PORROZZI, R. Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Revista Práxis**, v.1, n.2, p.43-6, 2009.



Artigo

Assistência de enfermagem a pacientes vítimas do alcoolismo com cirrose hepática

Nursing care patients with victims of alcoholism cirrhosis

Sanai Azevedo de Medeiros¹

José de Arimatéia Maia²

Maria Mirtes da Nóbrega³

Sheila da Costa Rodrigues⁴

RESUMO – A cirrose alcoólica é caracterizada por fibrose fina difusa, com perda de hepatócitos e formação de pequenos nódulos regenerativos. Assim o presente estudo teve como objetivo gerar e analisar a contribuição da assistência de enfermagem na recuperação do paciente na promoção de conforto e bem-estar e prevenção de complicações hepáticas teve como objetivos específicos: analisar o impacto psicossocial de vítimas das doenças hepáticas; elencar e avaliar as doenças hepáticas causadas pelo alcoolismo; refletir sobre a importância do diagnóstico precoce como meio de reestabelecer a saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa onde a coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2013 na clínica Ester Lucena e região do seridó, onde a amostra foi composta por 11 pacientes portadores de cirrose. Obteve a aprovação do comitê de ética das Faculdades Integradas de Patos, seguindo a recomendação da resolução 196/96. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista, elaborado a partir dos objetivos da pesquisa. Os resultados da pesquisa evidenciaram que o perfil dos portadores de cirrose alcoólica era do sexo masculino, analfabetos, com faixa etária de 49 a 59 anos. Contudo ainda ficou clara a falta de informação e vontade de buscar tratamento devido ao vício da ingestão de bebidas alcoólicas.

UNITERMOS: Assistência de Enfermagem. Alcoolismo. Cirrose Hepática.

ABSTRACT – Alcoholic cirrhosis is characterized by fine diffuse fibrosis with loss of hepatocytes and formation of small regenerative nodules. The present study aimed to generate analyze the contribution of nursing care on patient recovery in the promotion of comfort and well-being and prevention of hepatic complications, and specific objectives: to analyze the

¹ Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades integradas de Patos/ FIP.

² Professor Especialista das Faculdades Integradas de Patos/FIP.

³ Mestre em Ciências da Educação e Professora das Faculdades Integradas de Patos/FIP.

⁴ Especialista e Professora das Faculdades Integradas de Patos/FIP.



psychosocial impact of victims of liver disease; listing and assess liver disease caused by alcoholism; reflect on the importance of early diagnosis as a means to restore public health. This is an exploratory quantitative approach where data collection occurred during the months of February and March 2013 in the clinic and Esther Lucena Seridó region where the sample was composed of 11 patients with cirrhosis. Obtained approval from the ethics committee Integrated Faculties of Ducks, following the recommendation of the Resolution 196/96. To collect data, we used an interview script, drawn from the research objectives. The survey results showed that the profile of patients with alcoholic cirrhosis were male, illiterate, aged 49-59 years. Yet still it was clear the lack of information and willingness to seek treatment due to the addiction of alcohol intake.

KEYWORDS: Nursing Care. Alcoholism. Cirrhosis.

INTRODUÇÃO

O fígado é responsável por muitas funções importantes no nosso organismo, tais como: armazenamento das vitaminas A, B12, D e E, e de alguns minerais, como o ferro e o cobre, destruição das hemácias velhas ou anormais, emulsificação de gorduras no processo digestivo, através da secreção da bile, armazenamento e liberação de glicose, síntese de proteínas do plasma e colesterol, produção de gorduras (Lipogênese), produção de precursores das plaquetas, conversão de amônia em uréia, purificação e desintoxicação de várias toxinas, produzir a bile, um líquido que “digere” gorduras vindas da alimentação, guardar ferro e outras vitaminas, desfazer o álcool e outras substâncias tóxicas, retirar o excesso de açúcar do sangue, armazenado.

A cirrose é uma doença crônica caracterizada pela substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa, a qual rompe com a estrutura e função do fígado (SMELTZER; BARE, 2009). Com isso, conclui-se que o alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongados do álcool, sendo entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as consequências decorrentes.



Segundo Mincis e Mincis (2010), A Doença hepática alcoólica induzida pelo etanol e seus metabólitos representa fatores biológicos, clínicos, epidemiológicos e psicológicos. O próprio organismo desencadeia esses fatores. Diferentemente de outras patologias, a DHA pode ser evitada, sendo hepatopatia alcoólica a principal causa de doença hepática, surgindo a partir do consumo excessivo de álcool. Interferindo na vida produtiva e social dos indivíduos vítimas de doenças do fígado.

O alcoolismo é um problema comum que afeta milhares de brasileiros, onde os homens são mais atingidos que as mulheres. Jovens do sexo masculino com história de alcoolismo na família e dificuldade de relacionamento fazem parte da população de risco para o alcoolismo. Alguns marcadores biológicos específicos para o risco de desenvolver o alcoolismo não foram identificados nas diversas classes sociais.

A vítima do alcoolismo pode apresentar várias modificações e consequências em seu corpo e uma das é a cirrose hepática, porem está bem estabelecida pode apresentar-se assintomática ou ainda, os sinais e sintomas da cirrose aumentam em gravidade á medida que a doença evolui. A gravidade das manifestações ajuda a categorizar os distúrbios como cirrose compensada: febre branda, aranhas vasculares, eritema palmar, epistaxe, edema de tornozelo, dispepsia, dor abdominal, fígado aumentado e firme e esplenomegalia. Descompensada: ascite, icterícia, fraqueza, perda de peso, febre branda contínua, baqueteamento dos dedos, púrpura, equimose, epistaxe, hipotensão, unhas esbranquiçadas e atrofia de gônadas (BRUNNER & SUDDARTH 2009).

O diagnóstico da Cirrose Hepática é baseado em um conjunto de dados: anamnese, exame físico, exames laboratoriais, métodos diagnósticos por imagem, dados morfológicos, melhora marcante após abstenção alcoólica.

Os principais objetivos do tratamento da cirrose são a maximização das funções que ainda estão ativas e impedir a progressão da destruição de células hepáticas, uma vez que a fibrose é irreversível. O tratamento definitivo da cirrose é cirúrgico, através de um transplante de fígado (BODINSKI, 2006).



Para que o paciente seja mais bem assistido é necessário um bom diagnóstico e a enfermagem pode contribuir muito com isso realizando mais uma de suas atividades com observar se o paciente tem algo relacionado com: Intolerância á atividade relacionada com a fadiga, debilidade geral; Nutrição alterada, menor que as demandas corporais, relacionada com a gastrite crônica; Integridade cutânea prejudicada relacionada com estado imunológico comprometida, edema e má nutrição; Risco de lesão e sangramento relacionados com os mecanismos de coagulação alterados.

Diante de algum destes diagnósticos supracitados a enfermagem deve realizar diversas intervenções para uma melhor assistência ao paciente tais como: Estimular períodos alterados de repouso e de ambulação. Deve controlar o peso e o balanço hídrico diariamente, posicionar o paciente confortavelmente, promover a eficiência máxima respiratória, principalmente se há presença de ascite; Terapia nutricional deve ser implantada após uma avaliação nutricional minuciosa (SMELTZER E BARE, 2009).

Para Nettina (2003, p. 624), a enfermagem deve “observar e registrar o grau de icterícia de pele assim como escleras e arranhaduras do corpo. Estimular os cuidados cutâneos frequentes como banho entre outros”. Com estas atribuições dadas pelo enfermeiro afirmamos que este exerce um papel relevante na prevenção, diagnóstico e tratamento da cirrose hepática despertando confiança para que o paciente colabore com o tratamento bem como um melhor conforto e bem estar.

Então diante de tantos diagnósticos, contribuição e conhecimento que se tem sobre o assunto pode-se perguntar: Será que as atividades educativas implantadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), junto à mídia estão contribuindo com a redução dos casos de cirrose hepática evidenciado pelo consumo exagerado de álcool? Neste estudo também objetivamos: Discutir a contribuição da assistência de enfermagem na recuperação do paciente na promoção de conforto e bem-estar na prevenção de complicações hepáticas e neste contexto analisamos o impacto psicossocial das vítimas,



avaliando as doenças causadas pelo alcoolismo e refletir sobre o diagnóstico precoce para um possível tratamento.

Este estudo contribuirá como fonte de pesquisa para acadêmicos, profissionais de saúde, e a sociedade em geral. O consumo consistente e excessivo de bebidas alcoólicas ao ponto que este comportamento interfira na vida pessoal, familiar, social ou profissional do indivíduo. O alcoolismo é um dos problemas mundiais de uso de drogas que mais traz custo ao Sistema Único de Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo será do tipo descritivo e exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Clínica Ester Lucena no município de Caico e região do seridó. Neste sentido Gil (2009, p. 27) refere-se às pesquisas exploratórias com alguns objetivos sendo “a principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

No tocante a pesquisa quantitativa, esta recai sobre a busca de elucidar os casos mais frequentes na realidade ora pesquisados, como explica Serapioni (2000, p. 188) “a investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observáveis”.

A população foi constituída por 120 pacientes nos meses Fevereiro e Março de 2013. A amostra foi realizada com 11 pacientes seguindo os critérios inclusão: ser maior de 18 anos, ser portador de cirrose hepática e assinarem o TCLE. Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, bem como foi comprometido o sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, para participarem do estudo, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado previamente elaborado pelos pesquisadores, contendo questões objetivas e subjetivas com dados socio demográfico e referentes ao objetivo da pesquisa.

A seguir foi realizadas análises das falas dos entrevistados, onde o foco primordial dessa análise é produzir inferências, ou seja, buscar compreender sistematicamente as opiniões explícitas e implícitas dos atores pesquisados. O objetivo buscar além dos significados, da leitura simples do real, buscando outros contextos não mencionados pelos entrevistados.

Foi esclarecido a todos os participantes o objetivo e a importância da contribuição que os mesmos poderia nos fornecer, estes dados foram coletados na própria clínica perante autorização do diretor geral da clínica.

Para Minayo (1999) esse instrumento permite obter dados que retratem as atitudes, valores e opiniões do indivíduo obtendo informações de nível mais próximo da realidade.

O projeto de pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP das Faculdades Integradas de Patos – FIP , sob protocolo N° 141/2013, conforme descrito na Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de uma análise descritiva, onde foram analisados estatisticamente no período acima descrito e fundamentado à luz da literatura pertinente.

Percebe-se que a análise de conteúdo deve permitir ao pesquisador a oportunidade de realizar leituras mais profundas, proporcionando uma visão mais próxima da realidade pesquisada.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

TABELA 1 – Caracterização do perfil Sócio Demográfico da amostra.

Especificação	Variáveis	Nº	%
Gênero	Masculino	10	91
	Feminino	01	9
Faixa etária	39 –48	03	27
	49 – 58	04	36
	> 59	04	37
Estado civil	Casado	07	64
	Solteiro	03	27
	Divorciado	01	9
Escolaridade	Analfabeto	05	46
	Fund. Incompleto	03	27
	Médio Incompleto	03	27
Renda familiar	Menos de 1 salário	05	45
	1 – 2	06	55
Total		11	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

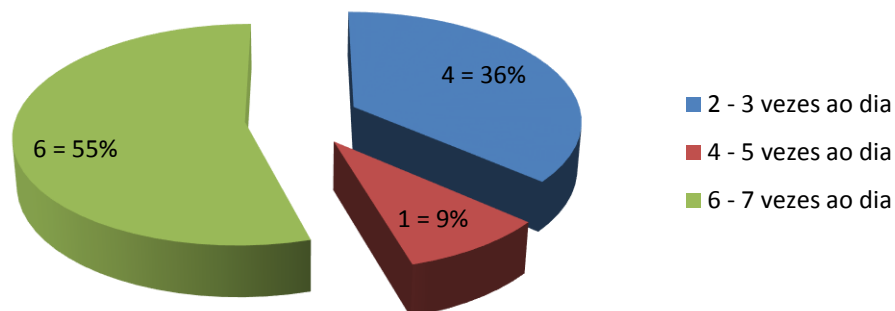
A primeira questão da entrevista tratou-se de evidenciar o perfil sócio demográfico, onde estes são: 91% do sexo masculino e apenas 9% femininos, que de acordo com Laudanna (2010), a ocorrência da doença está mais predominante nos homens. A faixa etária encontra-se com 37% maior de 59 anos, 36% entre 49 e 58 e ainda, 27% tem a idade entre os 39 e 48 anos. Tal constatação encontra-se ressaltada nos estudos de Laudanna (2010, p. 246) onde este diz que “a cirrose pode atingir, criança, o adulto e



o velho, tendo sua maior incidência entre 30 e 70 anos”. Destes, 64% são casados, 27% solteiros e 9% divorciados.

Percebe-se ainda que 46% destes são analfabetos e 27% possuem o ensino fundamental incompleto, ainda com a mesma porcentagem, outros 27% possuem o ensino médio incompleto. A renda familiar, também apareceu nas respostas, onde a maioria, cerca de 55% ganham entre um e dois salários mínimos, enquanto que 45% ganham menos de um salário.

GRAFICO 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra quanto à frequência da ingestão de bebidas alcoólicas.



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

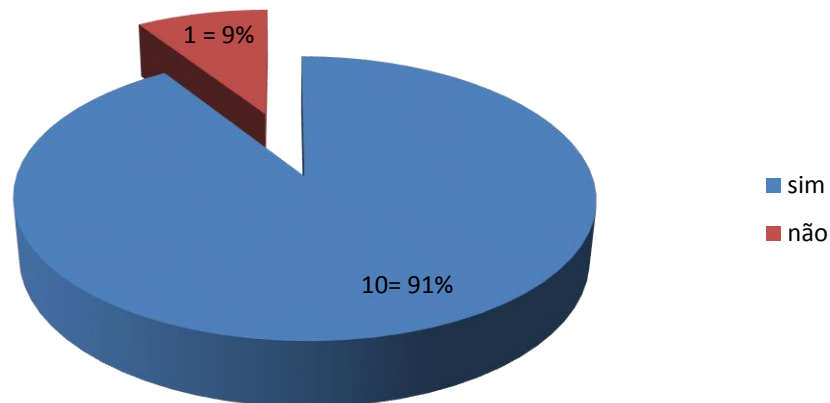
De acordo com o gráfico 1, pode-se perceber que 55% disseram ingerir bebidas alcoólicas com uma frequência de seis a sete vezes por semana, onde de acordo com Laudanna (2010, p. 245) “as principais etiologias da cirrose e da fibrose é a ingestão de álcool etílico”, ou seja, o uso frequente deste tipo de produto provoca uma incidência



maior no desenvolvimento de várias doenças. Ainda com relação a ingestão de bebidas alcoólicas, os entrevistados, cerca de 36% disseram que bebem entre quatro e cinco vezes por semana, e ainda 9% responderam que fazem a ingestão desse tipo de bebida, de duas a três vezes por semana.

Tais respostas provocam uma reflexão a cercada continuidade deste hábito, pois entende-se que a ingestão continua deste tipo de bebida, pode provocar várias doenças, principalmente no fígado, ressaltando a cirrose hepática alcoólica (PARISE E LAURITO, 2011).

GRAFICO 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra quanto algum problema referente ao uso de bebidas alcoólicas.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Analisando o gráfico 2, percebe-se que existe uma incidência elevada de entrevistados, aproximadamente 91% deles, disseram apresentar algum problema de saúde referente ao uso contínuo de bebidas alcoólicas.

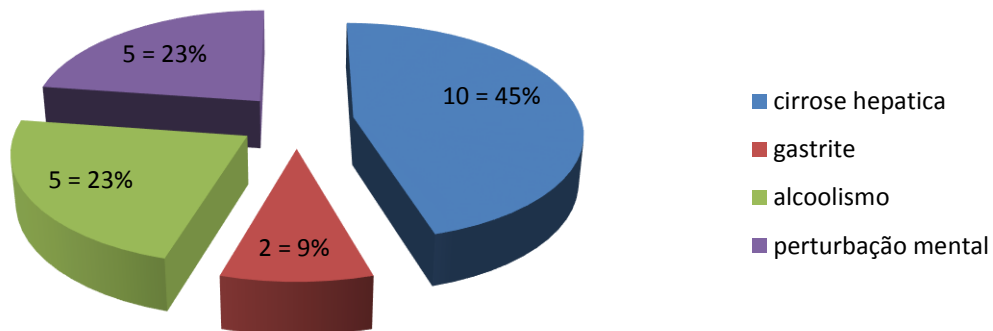
Neste sentido, Andrade et al., (2007, p. 582) ressalta que:



O álcool é uma substância tóxica que pode contribuir para ocorrência de algumas doenças como: hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes não-insulino dependente, câncer, hepatopatia, encefalopatia, pancreatite, problemas psicossociais e comportamentais, tendo em vista que de alguma maneira as pessoas mais próximas que convivem direto ou mesmo indireto sofrem com tal situação.

Sendo assim pode-se constata que o uso frequente de bebidas etílicas causa diversas doenças seja elas curáveis ou não, ainda desenvolvem problemas psicológicos e socioeconômicos provocando assim desajustes em todos os aspectos do ser humano tanto no âmbito familiar como no social, trazendo transtornos em várias situações.

GRAFICO 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra quanto às doenças desenvolvidas pelo consumo de álcool



Fonte: dados da pesquisa, 2013.



Como exposto no gráfico 3, quanto as doenças desenvolvidas pelo consumo de álcool foram ressaltadas: a cirrose hepática com 45% das respostas. Onde no entendimento de Laudanna (2010, p. 245) a cirrose hepática é

Uma doença crônica do fígado que atinge todo o órgão caracteriza-se por fibrose, necrose, infiltração inflamatória, presença de nódulos de regeneração e desarranjo da arquitetura lobular acima do fígado.

Na segunda categoria aparecem com 23% a perturbação mental e o alcoolismo. Ressaltando que perturbação mental para a Organização Mundial de Saúde – OMS - ONU, trata-se de Transtornos Mentais e Comportamentais com condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Sendo assim, facilmente se presume que o abuso do álcool traz sérios problemas para qualidade de vida das pessoas, onde esta pode causar dificuldades de relacionamento.

Ainda com relação ao alcoolismo, Sena (2011, p. 311) diz que:

O alcoolismo constitui uma patologia que pode ser considerada uma das mais graves para a humanidade, visto que afeta não apenas o usuário, mas todos os que convivem direta ou indiretamente com ele, acarretando graves consequências para o desenvolvimento das pessoas e para a qualidade de vida e de saúde daqueles que convivem com o problema.



Sendo assim, torna-se necessário que os gestores públicos comecem a elaborar estratégias que possam esclarecer e minimizar os problemas que o álcool causa na sociedade, de uma vez que este, trata-se de uma droga lícita, onde todos tem acesso fácil. Dos entrevistados, 9% disseram que adquiriram gastrite com o uso contínuo do álcool. Tal doença pode ser caracterizada como uma inflamação das paredes do estômago, causada por substâncias agressivas a este órgão.

QUADRO 1 – Discurso do sujeito coletivo quanto a pergunta: Que tipo de tratamento você faz?

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Tratamento o qual realiza	“não realizo nenhum tratamento [...]” “tomo remédios e me consulto com o gastro” “faço exames” “faço uso de medicação e retiro água da barriga quase toda semana” “tomo remédio, mas acho que não adianta porque bebo muito” “faço uso de medicação” “faço tratamento psicológico” “com a ajuda da minha esposa estou tentando sair” “nenhum. Fui ao médico, mas não adiantou” “faço acompanhamento com o médico, tomo remédio direto”.

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Em observação no quadro 1, vimos que os entrevistados tem diversas falas, alguns afirmam não fazer nenhum tipo de tratamento, outros falam que já tem problemas graves causados pelo excesso de bebida e ainda outro destaca que o tratamento não adianta, porque de uma certa forma, nos deixa a entender que não vai parar de beber.



A maioria dos tratamentos procura ajudar as pessoas a diminuir o consumo de álcool, seguindo-se por um “treino de vida” ou suporte social de modo a que ajude a pessoa a resistir ao consumo de álcool. Como o alcoolismo envolve múltiplos fatores que incentivam a pessoa a continuar a beber, todos estes fatores devem ser suprimidos para que se previnam com sucesso os casos de recaídas. Um exemplo para este tipo de tratamento é a desintoxicação seguida por uma combinação de terapia de suporte, atendimento em grupos de autoajuda, entre outros (OLIVEIRA 2009, p.13).

O entendimento que temos é que o primeiro tratamento de uma pessoa usuário seja lá qual for seu vício o primeiro é ele próprio ter força de vontade e aderir ao tratamento caso contrario é quase impossível ter um prognóstico para esta situação.

QUADRO 2 – Discurso do sujeito coletivo quanto a pergunta: que tipo de informação já recebeu sobre a doença causada pelo álcool?

EDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Informações recebidas em relação as doenças causadas pelo álcool	“já perdi muitos amigos com essa doença, mas não tenho medo” “o médico mandou eu deixar de beber bebidas que contem álcool e essa doença se desenvolve porque eu bebo” “nenhuma [...] mas sempre passa uma menina aqui e diz que bebida ofende” “que causa cirrose, problemas



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

	psicológicos” “que poço morrer se não parar de beber, porque perco peso, falta de apetite e que poço ter cirrose” “que foi causada pela cachaça que tomei e poderia ser evitada”
--	--

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

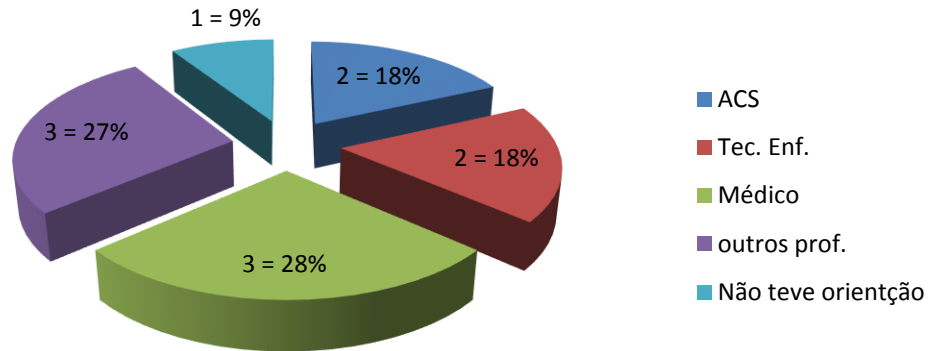
A cerca das informações contidas no quadro 2, percebe-se que apesar das informações recebidas sobre as doenças causadas pelo álcool, alguns relataram que “não tem medo”, ou ainda “o médico mandou eu deixar de beber bebidas que contém álcool e essa doença se desenvolve por que eu bebo.

Neste contexto Oliveira (2009, p.12) afirma. Os indivíduos dependentes do álcool podem, do mesmo modo, desenvolver várias doenças sendo as mais frequentes as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e a cirrose). Mesmo sendo orientado e ressaltando os males que a bebida alcoólica causa como disseram “que causa cirrose, problemas psicológicos”, “que poço morrer se não parar de beber, porque perco peso, falta de apetite”, porém o vício fala mais alto, e alguns não conseguem parar de beber.



Assistência de enfermagem a pacientes vítimas do alcoolismo com cirrose hepática

GRAFICO 4– Distribuição numérica e percentual da amostra quanto as orientações profissionais.



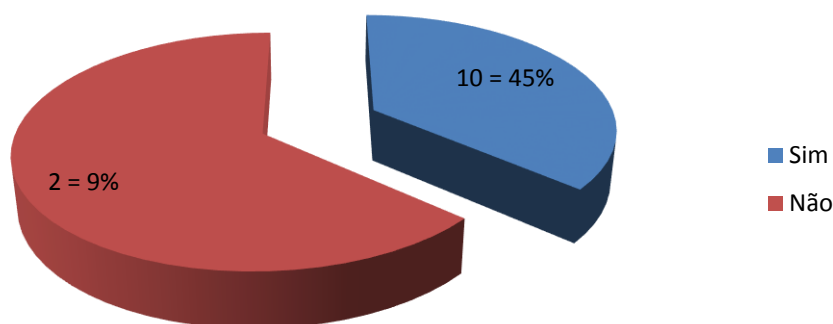
Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Como observamos o gráfico 4, os agentes comunitários de saúde - ACS, cerca de 18% dos entrevistados disseram que receberam alguma orientação profissional a respeito do assunto. Nesta perspectiva entende-se que tais profissionais desempenham importantes funções, dentre estas, destaca-se a saúde preventiva, entendida como um conjunto de ações que promovem saúde e previnem doenças, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos e atitudes que vão favorecer a saúde da comunidade assistida (BRASIL, 2010).

Destaca-se ainda dentro das respostas, as orientações realizadas por médicos, citadas em 28% , de outros profissionais 27%, técnicos de enfermagem 18% e ainda, 9% disseram que não receberam nenhum tipo de orientação. Sendo assim, prevalece a necessidade dos profissionais da saúde atuarem em equipe multidisciplinar, objetivando esclarecer efetivamente os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.



GRAFICO 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra quanto as orientações dadas na ESF, a respeito dos riscos causados pela bebida e auxílio no tratamento.



Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Ao analisar o gráfico 5, onde enfatiza-se que as orientações oferecidas nas Equipes de Saúde da Família - ESF, a respeito dos riscos causados pela bebida e auxílio no tratamento, cerca de 9% disseram que não foram orientados, enquanto que 45% receberam alguma orientação.

Na opinião de Rodrigues e Santos (2010) as ESF devem prover a intenção de manutenção do princípio da integralidade em acordo com a Constituição Federal, a assistência em saúde deve abranger tanto as ações assistenciais (curativas) quanto, e primordialmente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido as ações de Educação em Saúde estão inerentes às atividades de todos os profissionais cujos objetivos prezam pelo princípio da assistência integral. No âmbito da ESF a “Educação em Saúde configura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família” (ALVES, 2005, p. 322).

Neste contexto pode-se constatar que ainda falta um trabalho mais consolidado a respeito da promoção a saúde e prevenção de complicações da cirrose alcoólica por parte dos profissionais que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, onde pode-se



evidenciar que a falta de informações provoca uma demora na diagnóstico, o que, consequentemente, dificulta o tratamento.

QUADRO 3 – Discurso do sujeito coletivo quanto a pergunta: a equipe de enfermagem contribui ou auxilia na melhoria de sua qualidade de vida?

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Qual a contribuição de enfermagem para uma melhor qualidade de vida?	“faz terapia [...] pra nós” “não sei informar” “porque quando fico entretido fico sem pensar em bebida” participei de uma palestra e hoje o que preciso vou no postinho”

O quadro 3, traz um esboço sobre a contribuição da enfermagem para uma melhor qualidade de vida, onde encontrou-se fala do tipo “faz terapia”, “porque quando fico entretido fico sem pensar em bebida” participei de uma palestra e hoje o que preciso vou no postinho. Sendo assim pode-se perceber a necessidade de tais profissionais na prevenção e tratamento das doenças.

De uma vez que no entendimento de Bassotto et. al., (2007, p. 5), é de grande relevância o conhecimento e preparo do profissional da saúde para atender esses pacientes, podendo prevenir ou evitar complicações decorrentes da falta de informação e contribuindo para uma melhor qualidade de vida.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirrose é doença no fígado decorrente de agressão hepática crônica que resulta em fibrose e regeneração nodular, com conseqüente desorganização das arquiteturas lobular e vascular do órgão.

Diante dos dados obtidos nesta pesquisa, constatou-se que a maioria dos pacientes afetados pela doença é do sexo masculino, com faixa etária maior que 59 anos e que fizeram a ingestão de bebidas alcoólicas frequentemente, onde predominava o uso de seis a sete vezes por semana.

Ainda ficou evidente que um número considerável de entrevistados disse ter identificado algum problema de saúde, onde relacionaram com o uso excessivo e abusivo das bebidas alcoólicas. No tocante a doença, a mais diagnosticada foi a cirrose hepática, ressaltando que a essa doença ataca o fígado, órgão responsável pela metabolização, ainda encontrou-se relatos de perturbação mental e alcoolismo como patologias presentes nos diagnósticos.

Neste sentido, aparece na pesquisa respostas onde os alguns profissionais da saúde já repassam as informações sobre os riscos do abuso desse tipo de bebida, assim como, as formas de tratamento mais presentes. Contudo, alguns enfatizaram que não foram orientados a respeito de tal problemática.

Sendo assim, ao realizar uma reflexão a cerca de tais respostas, pode-se pensar em implementação de políticas públicas que possam esclarecer a população a cerca dos malefícios que o abuso do álcool acarreta para a vida dos cidadãos e, conseqüentemente para a sociedade, principalmente porque se trata de uma droga legalizada, encontrada em todos os ambientes e de fácil acesso.



REFERÊNCIAS

ALVES. VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comum Saúde Educ. 2005.

ANDRADE. M. P. de. **O CONSUMO DO ÁLCOOL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES – UMA ANÁLISE SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 581 - 5.

BASSOTTO, M. J. S. **Alcoolismo: consequências fisiopatológicas na cirrose hepática.**

BRASIL, Ministério da saúde. **Conselho Nacional de Ética em pesquisa- CONEP.** Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2010.

BODINSKI, L.H. **Dietoterápica: Princípios e Práticas.** São Paulo: Atheneu, 2006.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. -São Paulo: Atlas, 2009.

LAUDANNA. A. A: **Gastroenterologia e Hepatologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

PARISE. E. R.; LAURITO. M. P: Cirrose Hepática. IN: PARISE. E. R e PORTA G. **MANUAL DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO FÍGADO (NO PACIENTE ADULTO E PEDIÁTRICO).** São Paulo: Editora Atheneu 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. (5ª. ed.). Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

MINCIS, M.; MINCIS, R. **Doença hepática alcoólica. RBM jun 10 v 67 Especial. Clínica Geral,** (2010). Disponível em:< <http://googleacademico.com.br> >. Acesso em: 25 de out. 2012.



NETTINA, S. M **Prática de Enfermagem**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, B. P. **Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social**. Dissertação de Mestrado, 2009.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. dos. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Enfermagem / Nursing**. São Paulo/SP, 2010.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração**, Ciência & Saúde Coletiva, 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SENA, E. L. S. et. al. Alcoolismo no Contexto Familiar: um Olhar Fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011.



Artigo

Dificuldades relatadas por enfermeiros na assistência à pessoa com surdez

Problems reported by nurses in care to person with hearing

Maezio Lucena Batista¹

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues²

Ana Paula Dantas Silva Medeiros³

Geane Gadelha de Oliveira⁴

RESUMO - A assistência de enfermagem é realizada de forma holística, e deve ser pautada na equidade, universalidade, integralidade, daí surgem os paradigmas da assistência que nem sempre é de forma igualitária, não só pelos fatores políticos- éticos- sociais, mas pelo fato de falta de formação específicas para atender a demanda da nossa clientela. Nesta pesquisa objetivou-se identificar a dificuldades da enfermagem em assistir clientes com surdez, Foi realizada uma pesquisa descritivo-exploratória. A população foi constituída por 22 enfermeiros que trabalham na Urgência HRJC, sendo que destes 10 não participaram da pesquisa por não estarem presentes no período de coleta e outros não aceitaram participar da pesquisa, ficando a amostra constituída por 12 enfermeiros. A coleta dos dados ocorreu por meio de um questionário envolvendo perguntas objetivas. Foram encontrados os seguintes resultados: os enfermeiros de uma forma geral compreendem a importância do conhecimento de Libras (Língua Brasileira de Sinais) para prestar assistência de qualidade ao surdo, porém apontam dificuldade em prestar assistência de enfermagem a esse público, porque nenhum dos participantes estudou esta disciplina na graduação. Dessa forma, observamos a necessidade de capacitação de profissionais e a implementação deste componente curricular no Curso de Graduação em enfermagem.

PALAVRAS- CHAVES: Surdez. Libras. Enfermeiro.

¹ Acadêmico do curso de graduação em enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

³ Enfermeira, Mestre em enfermagem pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba, professora de estágio supervisionado das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

⁴ Enfermeira, Professora, Especialista em Saúde da Família, e Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP).



ABSTRACT – The nursing care is carried out in a holistic manner, and should be based on equity, universality, comprehensiveness, there arise the paradigms of care that is not always equally, not only by political factors-ethical-social, but because of lack specific training to meet the demands of our clientele. This research aimed to identify the difficulties of nursing to assist customers with deafness. We conducted a descriptive-exploratory. The population consisted of 22 nurses working in the Emergency HRJC, and of these 10 did not participate in the survey because they were not present in the collection period and others refused to participate in the survey, so the sample consists of 12 nurses. Data collection was conducted through a questionnaire involving objective questions. We found the following results: nurses in general understand the importance of knowing Libras (Brazilian Sign Language) to provide quality assistance to the deaf, but show difficulties in providing nursing care to this population, because none of the participants studied this discipline graduation. Thus, we see the need for professional training and the implementation of this curriculum component in Undergraduate Nursing.

Keywords: Deafness. Pounds. Nurse.

INTRODUÇÃO

O censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) revela que a deficiência auditiva acometia 9,7 milhões de pessoas (5,1%), sendo que a deficiência auditiva severa (pessoas com grande dificuldade ou incapazes de ouvir) foi declarada por 2,1 milhões de pessoas, das quais 344,2 mil eram surdas (0,2%). (IBGE 2010)

A luta contra a interpretação da surdez como deficiência, contra a visão da pessoa surda enquanto indivíduo deficiente, doente e sofredor, e, contra a definição da surdez enquanto experiência de uma falta. Ora, os surdos, enquanto grupo organizado culturalmente, não se definem como “deficientes auditivos”. (WRIGLEY, 1996)

A expressão pessoa com necessidade especial (deficiente) é usada em referência a portadores de anomalias físicas, psíquicas, fisiológicas, além de outras de difícil caracterização, Pessoas com deficiência apresentam características próprias, tais características, muitas vezes, as tornam vítimas de preconceitos ou excluídas da sociedade. (FONSECA V; BOLONHINI R. B. 2007)



A enfermagem tem suas bases de assistência ao paciente fundamentada prioritariamente no contato direto com o cliente, realizando anamnese, coleta de dados, exame físico, mas em vezes, essas pratica que parece simples para enfermeiros, que passaram cinco anos na universidade se preparando para tal, torna-se desesperador, para um enfermeiro quando essa coleta de dados tem que ser extraída e lapidada.

O enfermeiro é imperito em atendimento de paciente surdo, por não ter conhecimento de libras, e ainda das expressões corporais, diferentes de pessoas com boa dicção, não bastando só compreende-los nas suas expressões, mas também entender suas angustias e aflições, numa percepção holística desse cliente.

Os clientes surdos possuem muita dificuldade de estabelecer uma comunicação em níveis satisfatórios com profissionais de enfermagem que não convivem habitualmente com pessoas com esse tipo de deficiência, e não são treinados para tal, mesmo assim a pessoa com surdos tenta se comunicar de todas as formas possíveis, sejam elas através da linguagem escrita, leitura labial (para aqueles treinados), gestos com interatividade com meio ambiente em que esta, e a própria Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). A angustia de não ser compreendido no momento em que está sendo acometida de algum agravo a saúde, eleva seu nível de estresse, e o deixara irritado dificultando ainda mais a consulta de enfermagem e conseqüentemente o tratamento ao seu agravo.

O que diferencia cada pessoa, então, umas das outras? São as suas histórias de vida, e seus traços pessoais de personalidade, que vão depender de onde ela nasceu, quais as condições de educação e trabalho que teve, em qual sociedade elas está inserida. E é preciso que essas condições de vida sejam analisadas, modificadas e melhoradas sempre. (BRASIL; 2009).

O reconhecimento da Comunidade Surda como minoria sociolinguística e cultural apresenta-se como importante desafio para o SUS, tanto no que remete à identificação de suas especificidades psicolinguísticas quanto no que diz respeito aos desafios linguísticos



que, até então, referenciavam essa população em níveis secundário e terciário de atenção à saúde. (LANI; PEREIRA; 2009).

A Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que regulamenta o uso da LIBRAS, estabelecer que as instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva. (FENEIS; 2002.)

O ato de comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros junto à equipe e a pacientes atendidos nas instituições e para a transmissão de uma informação universal, além de exercer influência direta sobre os indivíduos. O primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação, realizando-a adequadamente, o enfermeiro conseguirá agir de maneira humanizada. (BARBOSA; SILVA; 2007).

O despreparo por parte da equipe de profissionais de saúde no que diz respeito ao internamento de paciente surdo, já que os profissionais se sentem limitados ao atender o paciente devido à dificuldade de comunicação. Isso é agravado quando os profissionais necessitam usar máscara facial, impossibilitando a tentativa do surdo realizar uma leitura labial, ficando ele não ciente de todo o procedimento, dificultando a equipe oferecer um suporte técnico e emocional para esse paciente (CRUZ; LOPES; 2007).

O desejo em pesquisar o tema surgiu da necessidade de uma comunicação com clientes surdos, vivenciado no cotidiano de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. Onde surgiram algumas perguntas: será que os enfermeiros estão aptos a lidar com usuários portador de surdez? Como é a comunicação com essa clientela? Como interpreta as mensagens? O diagnóstico e o plano de cuidados como será?

Como está previsto no SUS e na própria constituição de 1988, tratamento igual aos iguais e desiguais aos desiguais, esse conceito não tem sua plenitude haja vista que



os profissionais não estão preparados para atender os desiguais no âmbito da saúde comum.

Acreditamos que a pesquisa poderá contribuir com a pesquisa e extensão, e com os profissionais que lidam com esta clientela, trazendo informações que ajudem a perceber melhor e entender esta linguagem que ainda continua sendo um desafio para os profissionais.

Teve como objetivo geral Investigar as dificuldades do profissional da enfermagem em assistir a clientes portadores de surdez; Os objetivos específicos são: Investigar se o enfermeiro tem conhecimento da língua brasileira de sinais (LIBRAS); Identificar a necessidade dos enfermeiros entenderem a língua brasileira de sinais (LIBRAS); Conhecer como é realizada a abordagem, durante a assistência de enfermagem, a clientes com surdez.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva- exploratória. O trabalho foi desenvolvido no Hospital Regional Dep. Janduy Carneiro (HRJC) do Município de Patos –PB. A coleta foi realizada entre os dias 29 de março à 26 de abril de 2013. A população foi constituída de 22 profissionais de nível superior enfermeiros (as) da urgência do HRJC e a amostra consistiu de 12 participantes voluntários, sendo que 10 deixaram de participar por não aceitar e outros estiveram ausentes nas semanas que foram coletados os dados. Para realização desta pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário dividido em duas partes, a 1º parte abordou os dados sócios demográficos, e na 2º parte os dados referentes ao objeto do estudo. Essa pesquisa respeita a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que dispõem sobre ética em pesquisa que envolva seres humanos, e sob aprovação do conselho de ética das Faculdades Integrada de Patos (FIP),



protocolo 140/2012. Os dados foram analisados estatisticamente envolvendo as porcentagens estratificadas e analisado os conteúdos das respostas objetivas.

Os dados foram analisados com base na análise quantitativa, conforme a integralidade e fidedignidade e estão expostos em gráficos, elaborados por meio do programa Microsoft Excel 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 –Caracterização da Amostra Segundo Dados Sócio Demográficos: Idade, sexo e estado civil

Variáveis	Especificações	<i>f</i>	%
IDADE	De 25 a 30 anos	9	75%
	De 31 a 35 anos	0	00%
	> 36 anos	3	25%
SEXO	Masculino	2	16,67%
	Feminino	10	83,33%
ESTADO CIVIL	Solteiro	6	50%
	Casado	4	33,33%
	Divorciado	2	16,67
	Viúvo	0	0
TOTAL		12	100%

A tabela 1, mostra que 75% dos entrevistados estão entre 25 e 30 anos de idade, indicando dessa forma que a maior parte da amostra entrevistada é de adultos jovens.



Constatou-se nessa tabela que predominou na amostra pessoas do gênero feminino, correspondendo a 83,33%, enquanto a do sexo masculino é de 16,67%. Isso comprova que, na área enfermagem ainda há predominância de mulheres.

Na caracterização quanto ao sexo, prevaleceu à força de trabalho feminino. Esta predominância feminina na enfermagem é compartilhada por outros autores, reproduzindo a característica histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios (MARTINS C; KOBAYASHI R. M; AYOUB A. C; LEITE M. M. J. 2006).

Podemos identificar que dos 50% dos entrevistados são solteiro, 33,33% são casados, e 16,67% são divorciado.

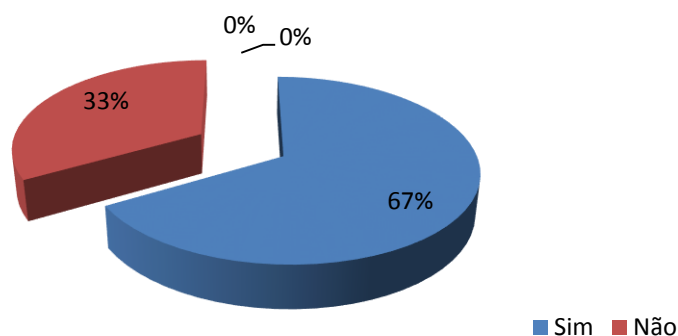
No que diz respeito ao estado civil podemos identificar que no caso dos divorciados prevalece na faixa etária >36, podendo estar relacionado ao estresse do trabalho e ao regime de trabalho que muitas vezes não são aceitos pelos maridos e esposas. Já na caracterização dos solteiros prevalece a faixa etária de 25 a 30, faixa etária comum aos solteiros.

A aplicação do teste de Goodman aos resultados apresentados revelou associação entre o grau de satisfação e interferência negativa do trabalho na vida pessoal e familiar, com maior percentual de servidores referindo pequena interferência entre os muitos satisfeitos / satisfeitos em comparação aos insatisfeitos/ muito insatisfeito ($p < 0,0001$). Observa-se comportamento inverso em relação a porcentagem de servidores referindo grande interferência negativa do trabalho na vida pessoal e familiar. (BRAGA L. C; BINDER M. C. P).



DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO

Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a seguinte indagação: você já atendeu algum cliente surdo?



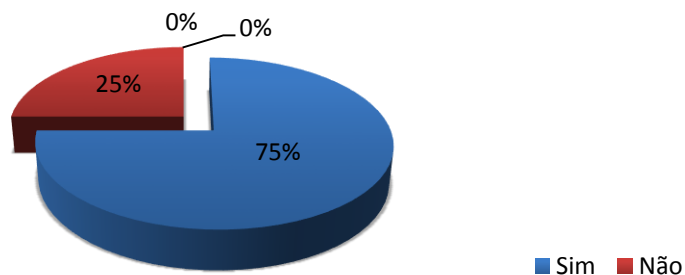
De acordo com o primeiro gráfico, temos as respostas de 8 enfermeiros (67%) que já atenderam clientes surdo, e apenas 4 (33%) nunca atenderam nenhum cliente surdo. E sendo população do estudo jovem acredita – se que durante sua vida profissional atenda alguma pessoa surda.

Você já atendeu algum usuário surdo? Inicia a categoria atenção à saúde do surdo. 97 (62,2%) profissionais revelam ter, em algum momento de sua carreira profissionais, realizado alguma consulta a uma pessoa surda. (FRANÇA E. G; XAVIER I. S. F).

De encontro ao nosso, o trabalho apresenta um oposto do resultado, o que nos mostra que a atenção básica é mais frequentada por esse tipo de clientela.



Gráfico 2 – – Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a seguinte indagação: o cliente o compreendeu?

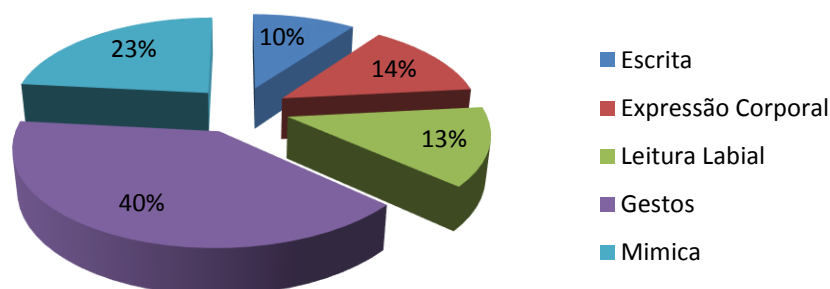


Este gráfico demonstra que apenas 25% dos profissionais que já atenderam clientes surdos não os compreenderam e 75% compreenderam, observa também que a relação entre os que já atenderam e os que não atenderam é inversamente proporcional ao ponto de que na prática prevalece o entendimento não importa de que forma.

Vale ressaltar que pra ter uma assistência de qualidade ao portador de deficiência auditiva é necessário compreender e ser compreendido na comunicação. E muitas vezes o processo de comunicação interfere negativamente na assistência, os pacientes sentem dificuldades em entender a fala do profissional porque estes geralmente não se preocupam em evidenciar a boca, falam rápido ou usam termos técnicos que os surdos não entendem.



Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a seguinte indagação: que conduta você usou ou usaria para se comunicar com paciente?



Segundo o gráfico acima os entrevistados responderam a seguinte pergunta “que conduta você usou para se comunicar com o paciente”, podendo cada entrevistado optar por mais de uma opção citada obtivemos um resultado em que os 12 (40%) participantes informaram usar gestos, enquanto 3 (10%) informaram escrita, e 4 (13%) leitura labial, 4 (14%) responderam expressão corporal, e 7(23%) deles relataram usar mimica.

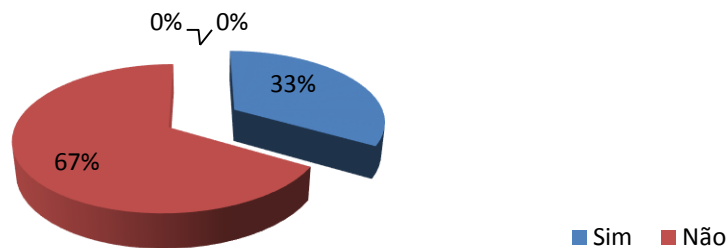
Nesse gráfico vimos que o gestos ainda é a primeira opção no atendimento e na tentativa de comunicação com pacientes surdos e em seguida a mímica e logo depois expressões corporais e as duas últimas citadas foi escrita e leitura labial, nas três últimas opções citadas já foram evidenciados em outros trabalhos, problemas como na leitura labial o profissional estaria de máscara e o surdo não balbucia palavras, na escrita há os termos técnicos e a caligrafia que dificulta o entendimento, e no acompanhante na maioria das vezes também é surdo.

De acordo com o Decreto nº 5626, de 22 de dezembro de 2005, que trata da Regulamentação da Lei de LIBRAS, o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência



auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde deve ser realizado por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação (FENEIS,2005) Apesar disso os profissionais não conhecem a linguagem e não há intérpretes disponíveis nos serviços de saúde.

Gráfico 4 –Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a seguinte indagação: você conhece a língua brasileira de sinais (libras)?



Apenas 33% dos enfermeiros entrevistados conhecem libras, sendo que esses já ouviram falar de libras e não conhece o alfabeto de gestos nem as expressões comuns, caracterizando o não conhecimento da comunicação propriamente dita, o que caracteriza a deficiência da enfermagem em assistir pessoas surdas.

Em outra pergunta sobre já haver participado de algum curso de LIBRAS eu obtive 100% de respostas **Não**, quando pergunto se comunica-se fluentemente novamente obtenho 100% das respostas **Não**; Quando questiono se o conhecimento de LIBRAS facilitaria ou facilitou o atendimento alcançam 100% das afirmativas **Sim**. Ficando claro os profissionais acordam que o conhecimento de LIBRAS facilita o atendimento.

Esse falso conhecimento é o que pode comprometer o atendimento, de forma que o profissional se habilita a atender sem o prévio conhecimento, acaba iniciando um jogo

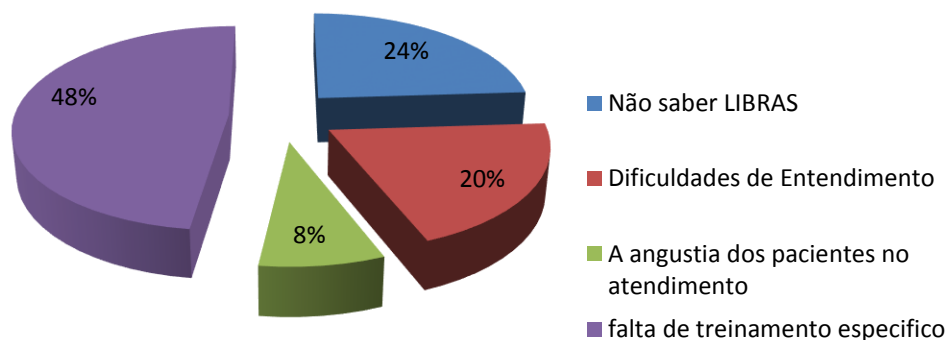


de mimica, e no ambiente de urgência pode causar uma angustia no paciente em tentar expressar o que está sentindo e no profissional em tentar entender o que o paciente está sentindo dessa forma fechando completamente a caixa de diálogo entre paciente e profissional, podendo este realizar um subdiagnostico e conseqüentemente um subtratamento.

Segundo Santos, Shiratori (2004) o bloqueio de comunicação entre surdos e profissionais da saúde instaura-se como um dos grandes obstáculos da comunidade surda, quando procura serviços de saúde. O indivíduo surdo precisa ser assistido de forma global, respeitadas suas crenças, seus valores e diferenças.

A comunicação é indicativo de qualidade de vida, portanto, quando os profissionais sabem comunicarem-se com os surdos, promovem uma assistência na área de saúde humanizada e focalizada no contexto de uma sociedade inclusiva.

Gráfico 5 –Distribuição numérica e percentual dos participantes em relação a seguinte indagação: qual a sua maior limitação ou dificuldade para lidar com a surdez?



De acordo com o gráfico 5 os entrevistados responderam que a maior limitação ou dificuldade para lidar com a surdez foi a falta de treinamento específicos 12(48%), 6 (24%) afirmam que a maior dificuldade é não saber libras, 5 (20%) relatam dificuldades de entendimento, 2 (8%) respondem a angustia dos pacientes interfere no atendimento.

A falta de intérpretes de Libras constitui-se uma barreira nas instituições de saúde do Brasil, o que torna ainda mais complicada a vida das pessoas com surdez que procuram atendimento ou que solicitam ajuda nestas instituições (VEET, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A linguagem é um instrumento de poder e aos surdos não pode ser negado o direito de usufruir os benefícios de uma língua, portanto, aceitar a diferença do surdo e conviver com a diversidade humana é um desafio proposto à sociedade, incluindo o adequado atendimento na área da saúde para os surdos, diante de suas necessidades. O surdo possui cultura e linguagem diferentes, que devem ser conhecidas e respeitadas de acordo com os princípios éticos, morais e legais, como qualquer outro cidadão.

Durante a realização da pesquisa foi colhida informações através que constatou resultados positivos e negativos. A relação profissional da saúde e cliente surdo precisa ser melhorada, os enfermeiros entrevistados não se comunicam fluentemente através de libras, nunca foram capacitados pela instituição empregatícia e nem na sua formação acadêmica, por isso eles relatam dificuldades no atendimento.

Na carta dos direitos dos usuários da Saúde, Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer



discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou “deficiência”, garantindo-lhe: XV – A não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de “comunicação”. Fica claro em termos de lei que o enfermeiro assim como toda a equipe de saúde envolvida no atendimento e acolhimento do cliente que sendo um direito desse é um dever e obrigação da equipe de saúde atendê-los sem limitações. Friso que no tocante ao atendimento a pessoas surdas, aqueles enfermeiros que participaram da pesquisa que já haviam atendido pacientes surdos, 62% dos enfermeiros afirmaram ter sido prejudicado o atendimento e coleta de dados.

Neste contexto os resultados deste estudo poderão subsidiar um planejamento de ações educativas, que visem a conscientizar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que se capacitem em libras, e pelo menos, cinco por cento dos trabalhadores da instituição tenha a atividade de interprete, como prevê a legislação em vigor. A força da legislação não tem sido suficiente para atingir a sociedade brasileira no que se refere à inclusão. Avançamos, mas ainda continuamos pensando e agindo no âmbito do conceito da integração, as pessoas precisam estar prontas para conviver nos sistemas sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MCP, ROBAZZI MLCC, SCOCHI CGS, BUENO SMV, CASSIANI SHB, SAEKI T, et al. **Perfil da demanda dos alunos da pós-graduação scrito sensu da escola de enfermagem de Ribeirão Preto**, da Universidade de São Paulo. Rev. Latino-Americ. Enferm. 2004 Mar-Abr; 12 (2): 153-61.

ARCOVERDE M. A. M; SANTOS J. S; GALDINO L. **a visão dos academicos de enfermagem do 1º e 4º ano de uma instituição de ensino superior da cidade de Foz**



do Iguaçú sobre assistência a saúde do surdo; REVISTA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E LETRAS 2009.

BARROS J. P; MARQUES M. H; **Pessoas Surdas: Direitos, Políticas Sociais e Serviço Social**; Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, 2009; acesso: 14: 34, 17/ 10/ 2012; http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BNTW7ZGODYAJ:editora-araraazul.com.br/cadernoacademico/012_anexos_pessoas_surdas_direitos_politicas_sociais_e_servico_social_barros_hora.pdf+Universidade+Federal+de+Pernambuco+Pessoas+Surdas:+Direitos,+Pol%C3%ADticas+ Sociais+e+Servi%C3%A7o+Social&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br.

BRAGA L. C; BINDER M. C. P. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu – SP**. Dissertação apresentada a faculdade de medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- para obtenção do título mestre em saúde coletiva, 2007. Disponível em: <http://www.pg.fmb.unesp.br/projetos/20042007268.pdf>, em 15 de maio de 2013, 20: 20 h.

BRASIL; **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**; editora MS; 2009.

_____; **manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência**; 2.^a edição revista e atualizada, 2006.

_____; **a pessoa com deficiência e o sistema único de saúde**; Série F. Comunicação e Educação em Saúde; 2.^a edição; 1.^a reimpressão, 2008.

BRASIL; **carta dos direito dos usuários da saúde**;
http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
; Acesso, 22 de maio de 2013, 18:35 h.



BUCHRIESER D. F; GIGANTE L. P; BÉRIA J. U; PALAZZO L. S; LEAL A. C. F; RAYMANN B. C.W; **Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil**; Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. 2009.

CARDOSO A. H. A; RODRIGUES K. G; BACHION M. M; **Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde**; *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.14 N° 4, 2006.

CHAVEIRO N; BARBOSA M. A; **Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social**; *Rev Esc Enferm USP* 2005.

CHAVEIRO N; PORTO C; BARBOSA M. A., **Relação do paciente surdo com o médico**; *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* vol.75 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2009.

CHAVEIRO N; BARBOSA M. A; PORTO C. C; MUNARI D. B; MEDEIROS M; DUARTE S. B. R; **atendimento a pessoa surda que utiliza lingua de sinais, na perspectiva do profissional da saude**; *Cogitare Enferm.* 2010.

CHAVEIRO N; BARBOSA M. A; PORTO C. C; **Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde**; *Rev. esc. enferm. USP*, 2008; acesso: 13:43 26/05/12,
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300023&lng=pt&nrm=iso

CORRÊA S. C; PEREIRA L. A. C; BARRETO L. S; CELESTINO P. P. F; MAGALHÃES K. A; **o despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva**; *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online*, 2010.



Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos. Decreto nº 5626 de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a lei nº 10436, de abril de 2002, que dispõe da Língua Brasileira de Sinais e o art 18 da Lei nº 10098 de 19 de dezembro de 2000. [acesso em 2013 maio 12).

FRANÇA I. S.X; PAGLIUCA L. M. F; SOUSA R. A; **discurso político-acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos; Rev Esc Enferm USP 2003.**

FRANÇA E. G; XAVIER I. S. F. **Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional da saúde.** Dissertação apresentada a Universidade Federal da Paraíba em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre em saúde pública, 2011. Disponível em:http://bdtd.uepb.edu.br/tde_arquivos/14/TDE-2012-08-23T152220Z-139/Publico/Euripedes%20Gil%20de%20Franca.pdf, em 15 de maio de 2013, 20: 25 h

FREITAG L. M.P; FIÚZA N. L. G; REBOUÇAS C. B. A; Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo; **Rev Esc Enferm USP 2007.**

HORTA W. A; **Processo de Enfermagem**; 16° reimpressão, pag. 13, 2005.

LANNI A; PEREIRA P. C. A; **Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde; Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

LIMEIRA N. S; **os estudos dos surdos**;
http://www.eusurdo.ufba.br/arquivos/estudos_surdos_feneis.doc acesso terça - feira, 16: 22, 16/10/2012.

MARTINS C; KOBAYASHI R. M; AYOUB A. C; LEITE M. M. J; **Perfil Do Enfermeiro E Necessidades De Desenvolvimento De Competência Profissional.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.



MOURÃO C. M. L; ALBUQUERQUE A. M. S; SILVA A. P. S; OLIVEIRA M. S;
FERNANDES A. F. C; **comunicação em enfermagem: uma revisão bibliografica;**
Rev. Rene. fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009.

OGUISSO T. **Perfil do enfermeiro de unidades ambulatoriais do INAMPS no Brasil.** Rev. Esc. Enferm. USP. 1990 Abr; 24 (1): 77-92.

OLIVEIRA H. R; LOPES K. S; MORAIS N. M. P; **percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência prestada ao deficiente auditivo; Revista Enfermagem Integrada Ipatinga, 2009.**

QUEIROZ A. P. O; ROCHA E. S. N; PÁSCOA F. R. B; LIMA F. E. T. **a comunicação entre deficientes auditivos e profissionais da saúde – uma revisão bibliografica;** centro de convenções do Ceara Fortaleza 2009.

ROSA, C.G.; BARBOSA, M.A.; BACHION, M.M. - **Comunicação da equipe de enfermagem com deficiente auditivo com surdez severa: um estudo exploratório.** **Revista. Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.2, n.2, jul-dez. 2000.
Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

SANTOS E. M; SHIRATORI K. **As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos.** RevEletrônEnferm [periódico online] 2004; 6(1). Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br>> (30 ago. 2004)

SILVA V.J S; IGNATTI C; **inclusão do deficiente auditivo na estratégia da saúde da família:** realidade de uma instituição do município do Guarujá SP; VI simpósio internacional de ciências integradas UNAERP Guarujá; disponível:
http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=vi%20simposio%20internacional%20de%20ciencias%20&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unaerp.br%2Fsici%2Fpt%2Fedicoes-antiores%2Fdoc_download%2F152-inclusao-dodeficienteauditivonaestrategiasaudedafamiliarealidadedeumainstituicao&ei=FrZ9UP26CtSw0QH6voHYDw&usg=AFQjCNHyoK5guJIZHdPTH32VsVYBHxvMFQ. Acesso terça – feira 16: 39, 16/ 10/ 2012.



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

VEETV, Coordenador. Mídia e deficiência. Brasília: Fundação Banco do Brasil; 2003. (Série diversidade).



Dificuldades relatadas por enfermeiros na assistência à pessoa com surdez

Artigo

Importância da realização do exame citopatológico e sua periodicidade

The importance of pap smear testing and its periodicity.

2

Jocefábia Rayane de Sousa Lemos¹

Juliane de Oliveira Costa Nobre²

Geane Gadelha de Oliveira³

Maria Mirtes da Nóbrega⁴

RESUMO – O câncer do colo-uterino é uma displasia celular que acomete um grande número de mulheres anualmente no Brasil e no mundo, sendo o exame citopatológico ou papanicolaou o método utilizado na prevenção secundária ou detecção precoce deste. O estudo teve por objetivos: analisar os fatores que interferem na realização do exame preventivo; conhecer na opinião das mulheres, o atendimento recebido na consulta; verificar a frequência da realização do exame, avaliando a opinião das usuárias a importância da periodicidade do Exame de Papanicolaou. Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado no município de Patos/PB, em uma Unidade de Saúde da Família – USF, realizado durante o mês de Março de 2013. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro previamente elaborado em articulação com os objetivos do estudo, contendo perguntas objetivas e subjetivas, aplicado em forma de entrevista. Participaram da pesquisa 20 mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados identificaram que 45,0% tinham idade entre 40-49 anos, 65,0% eram pardas, 45,0% tinham ensino médio completo. Como profissão, 60,0% eram do lar, 65,0% ganhavam até um salário mínimo, e 50,0% eram evangélicas e 50,0% católicas. Todas as mulheres revelaram ter algum conhecimento sobre a importância da periodicidade do exame de citopatológico, e que a não realização do mesmo, de acordo com as orientações prestadas pela equipe de enfermagem, consequentemente causará comprometimento à sua saúde. Destaca-se também a importância do profissional de enfermagem durante esse processo, utilizando o diálogo como uma das principais ferramentas de aproximação, ouvindo os

¹ Aluna concluinte do curso bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos. (FIP).

⁴ Enfermeira, Mestre em Ciências da Educação, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP)



medos e ansiedades vivenciadas durante o exame ginecológico, contribuindo tanto para a qualidade quanto para a adesão às consultas preventivas.

UNITERMOS: Câncer do colo uterino. Exame citopatológico. Periodicidade.

ABSTRACT – Cancer of the uterine cervix is a cellular dysplasia that affects a large number of women annually in Brazil and worldwide. Being the Pap test, the method used in secondary prevention or early detection of this. The study aimed to: analyze the factors that interfere the realization of preventive screening; know in the opinion of women, the care received in the query; check the frequency of the examination, evaluating the opinion of the users of the importance of periodicity of the Pap test. This is a study of exploratory descriptive, with a quantitative approach, The same was done in the city of Patos / PB at Unity Family Health - UFH, held during the month of March 2013. For data collection we used a previously elaborated in conjunction with the objectives of the study, containing objective and subjective questions, applied as an interview. Participated in the survey 20 women who signed the consent form free and clear. The results showed that 45.0% were aged 40-49 years, 65.0% were brown, 45.0% had completed high school, as a profession, 60.0% were housewives, 65.0% earned up to one minimum wage, and 50.0% were Protestant and 50.0% Catholic. All women reported having some knowledge about the importance of the frequency of cytopathology examination, and non-fulfillment of the same, according to the guidelines provided by the nursing staff consequently cause impairment to their health. We also focus on the importance of professional nursing during this process, using dialogue as a major tool of approximation, listening to the fears and anxieties experienced during gynecological examination, contributing to both the quality and for adherence to preventive care.

KEYWORDS: Cancer of the uterine cervix. Pap smear. Periodicity.

INTRODUÇÃO

O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma ordenada. E uma desordenação nessas camadas, acompanhadas de alteração nas células, podem desencadear o câncer do colo uterino. Caracterizada como uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos (BRASIL, 2006).



O exame citopatológico ou de papanicolaou, é um método utilizado na prevenção secundária ou detecção precoce do câncer cérvico-uterino. É um exame de baixo custo, indolor e fácil, realizado pelo enfermeiro. O enfermeiro atua avaliando a presença de fatores de risco na consulta de enfermagem à mulher com vistas a realizar as intervenções necessárias e acompanhamento (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade, diminui efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006).

Quando incorporado na rotina da vida adulta, o exame de Papanicolaou tem forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbimortalidade de suas portadoras. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que toda mulher dos 25 aos 60 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade trianual. Segundo estudos realizados, após resultado negativo o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido (DAVIM et al., 2005).

Diante disso surgiram os seguintes questionamentos: Qual a percepção dessas mulheres, acerca do exame citológico? Como elas avaliam a consulta realizada pelo profissional de enfermagem? E principalmente, quais são os reais motivos que as impedem de realizar a consulta periodicamente?

O interesse pela pesquisa se deu pela afinidade com a disciplina Saúde da Mulher, através da vivência nos estágios nas Unidades de Saúde da Família, o que propiciou a realização da pesquisa sobre a temática no município de Patos - PB, na USF Dr. Walter Ayres, que desenvolve o programa de assistência às mulheres, bem como outros



programas de atenção à saúde instituída pelo Ministério da Saúde. A realização deste estudo se justifica, também, pelo interesse em aprofundar meus conhecimentos, e contribuir cientificamente para a melhoria do conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema em questão.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, realizado no município de Patos/PB, na Unidade de Saúde da Família – USF Dr. Walter Ayres que fica situada no bairro Noé Trajano, após ter sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos/PB.

A população de estudo foi constituída pelas mulheres cadastradas na USF da referida cidade, e que foram acompanhadas durante o mês de Março de 2013. A amostra foi constituída por 20 destas mulheres e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior que dezoito (18) anos e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE de acordo com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996); Quanto aos de exclusão observou-se: não aceitarem participar da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro previamente elaborado em articulação com os objetivos do estudo, contendo perguntas objetivas e subjetivas, aplicado em forma de entrevista com duração de 10 minutos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato e sigilo das informações.

Depois que os sujeitos da pesquisa responderam aos questionários, estes foram traçados estatisticamente e analisados quantitativamente sendo apresentados através de tabelas e gráficos, de acordo com as respostas, e posteriormente acompanhados de análises e discussões dos resultados.



Na pesquisa, os riscos foram mínimos, a exemplo: o constrangimento da entrevistada em responder às questões, mas, tal risco evitado. E quanto aos benefícios, foram tanto para o pesquisador, que obteve resultados para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros das unidades, como também para as mulheres no sentido de que são elas a receberem uma assistência individualizada e de qualidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TABELA 1- Caracterização da Amostra de acordo com os dados sociodemográficos.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	£	%
Faixa etária	18 à 29	5	25
	30 à 39	2	10
	40 à 49	9	45
	50 à 59	4	20
Raça	Branca	7	35
	Parda	13	65
Escolaridade	Fundamental Completo	7	35
	Ens. Médio Completo	9	45
	Ens. Médio Incompleto	3	15
	Ens. Superior Incompleto	1	5
Profissão	Do lar	12	60
	Costureira	1	5
	Auxiliar Serviços Gerais	2	10
	Vendedora	3	15



	Diarista	1	5
	Estudante	1	5
Renda familiar	Até 1 salário	13	65
	1 a 2 salários	5	25
	Acima de 2 salários	2	10
Religião	Evangélica	10	50
	Católica	10	50
TOTAL		20	100

Fonte: dados de pesquisa de campo, 2013.

A tabela 1 demonstra que 5 (25%) das participantes encontram-se na faixa etária entre 18 e 29 anos; 2 (10%) entre 30 a 39 anos; 9 (45%) entre 40 a 49 anos; e 4 (20%) entre 50 a 59.

Em 1988, o Ministério da saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), definiu que o exame citopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade ou que já tivessem iniciado atividade sexual mesmo antes desta faixa etária. E após dois exames anuais consecutivos negativos, deve ser realizado a cada três anos (LUCENA, 2011).

Assim, constatamos que as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos representavam a maioria, estando então mais atentas aos cuidados com sua saúde. E conseqüentemente sem maiores riscos, uma vez que seus exames tenham apresentado resultado dentro dos limites da normalidade após dois exames anuais consecutivos.

Com relação à Raça, 7 (35 %) das entrevistadas foram mulheres brancas, e 13 (65 %) pardas. Verificou-se que a raça não configura um fator para a não realização do exame preventivo. Essa informação vem de encontro com ao que diz Lucena (2011).



Para o autor pertencer à raça negra ou parda está associado a não realização do exame preventivo do câncer do colo uterino.

Quanto ao nível de escolaridade das entrevistadas é considerado satisfatório. Visto que o percentual mais elevado foi o de ensino médio completo 9 (45%), seguido do fundamental completo 7 (35%). As demais entrevistadas possuem ensino médio incompleto 3 (15%), e superior incompleto 1 (5%).

A questão escolaridade constitui-se um dos fatores de risco para o desenvolvimento do agravo do Câncer do Colo Uterino e se faz presente com alta taxa de mortalidade nas mais variadas faixas etárias, com o pico de incidência do carcinoma in situ entre 25 e 55 anos (BRASIL, 2006).

No que se refere à profissão, verifica-se que 12 (60%) das participantes são do lar, 3 (15%) são vendedoras, 2 (10%) são auxiliares de serviços gerais, 1 (5%) costureira, 1 (5%) diarista e uma estudante com 1 (5%).

Muitas mulheres priorizam a saúde da família em detrimento da própria, ocupando a maior parte de seu tempo com afazeres domésticos ou com ocupações profissionais; por isso, deve-se orientar às usuárias que retornem à unidade em um ano da realização do exame preventivo, evitando assim, que o período de retorno se estenda por mais de três anos (BARROS, 2009).

Em se tratando de renda familiar, detectou-se que 13 (65%) recebiam até um salário mínimo, 5 (25%) de um a dois salários mínimos, e 2 (20%) recebiam acima de dois salários mínimos. Os dados demonstram que a população de mulheres atendidas na área de abrangência da Unidade de Saúde desse município é constituída por mulheres menos favorecidas socioeconomicamente.

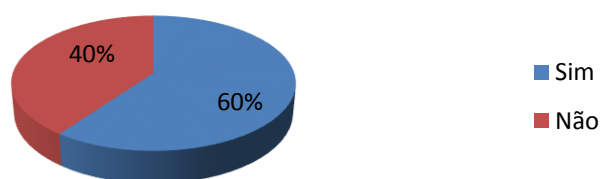
O baixo nível socioeconômico está relacionado diretamente com a maior incidência de câncer, estudos afirmam que baixos níveis de higiene podem relacionar-se a uma maior exposição a possíveis infecções (BARROS, 2009).



Em relação à religião, 10 (50%) das entrevistadas são evangélicas, e 10 (50%) são católicas. Detectando assim, que esse fator não configura um empecilho para a realização do exame câncer do colo do útero.

Há religiões em que existe um incentivo aos hábitos de vida saudáveis, apoio psicossocial, reforço da autoestima e o fornecimento de uma estrutura para suportar os eventos da vida. Além disso, algumas instituições religiosas oferecem atividades ou informações relacionadas à saúde, levando a uma maior utilização dos serviços de saúde pelos membros expostos a estes recursos (LUCENA, 2011).

Gráfico 1 – Distribuição das mulheres quanto à importância da realização do exame citopatológico.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

O Gráfico 1 revela que 60 % das mulheres entrevistadas mostraram ter algum conhecimento sobre a importância da realização do exame de citopatológico; já as outras 40% mostraram que sabem que é importante, no entanto, não souberam dar mais detalhes, além de que servia para detectar doenças.

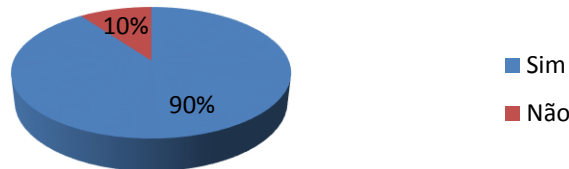
A desinformação é considerada um grave problema relacionado à saúde da mulher no Brasil. Portanto, tratar sobre questões referentes ao conhecimento sobre saúde torna-



se de extrema importância, tornando-se uma oportunidade para a promoção desta (BARROS, 2009).

O conhecimento da população feminina sobre o assunto possibilita estabelecer estratégias para diminuição das ocorrências do câncer de colo do útero, visto que a sua incidência no Brasil está altamente relacionada à falta de informação. (SILVA, 2010).

Gráfico 2 – Distribuição das mulheres quanto ao seguinte questionamento: Você já realizou o exame alguma vez?



....

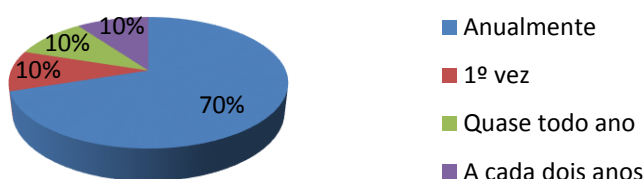
Fonte: pesquisa direta, 2013.

O gráfico 2 mostra que 90%, das entrevistadas já haviam realizado o exame; e somente 10% responderam que não. Sendo que 70% realizaram no ano de 2012, 20% fizeram em 2011, e 10% nunca fizeram.

A identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, é o objetivo da captação ativa. As estratégias devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros (BRASIL, 2006).



Gráfico 3 – Distribuição das mulheres quanto à frequência com que realiza o exame de citopatológico.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

De acordo com o gráfico 3, 70% das mulheres realizam o exame citopatológico anualmente; 10% relatam que é a primeira vez que irão fazer; 10% realizam quase todo ano; e 10% a cada dois anos. Observando os dados, percebe-se que a demanda anual de mulheres que realizam o exame é satisfatória.

A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, diz que o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006).



Gráfico 4 – Distribuição das mulheres entrevistadas quanto o principal motivo para a não realização periódica deste exame.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

O gráfico 4 traz o principal motivo para a não realização periódica do exame, com 55% demonstrando que nunca houve empecilho algum que as impedissem de fazer o preventivo; 25% disseram que sentem medo e vergonha; 10% responderam que é somente descuido e esquecimento; e outras 10% reclamam do tempo.

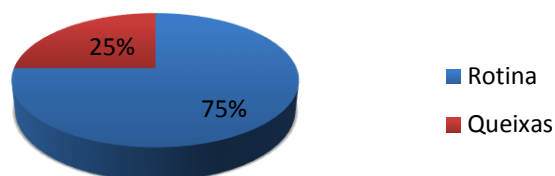
A maioria das entrevistadas relatou que não há motivo algum que as impeçam de cuidar de sua saúde. No entanto, as demais demonstraram certo receio em fazê-lo.

O primeiro exame de prevenção é um passo muito importante para a garantia da saúde da mulher. Porém, mesmo consciente da necessidade de fazê-lo, a vergonha a afasta do serviço (SOUSA, 2008).

Outro fator é o medo, uma sensação ruim que toma conta da pessoa frente a um perigo real ou imaginário e que a faz ter receio, pensando em fugir (MATTOS, 2005).



Gráfico 5 – Distribuição das mulheres quanto ao que as levou a procurar a Unidade de saúde para realizar o exame de papanicolaou.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

No gráfico 5, percebe-se que na maioria dos casos o que levou 75% dessas mulheres a procurar a Unidade básica, foi o cuidado com a sua saúde e rotina; e as outras 25% procuram porque se queixavam de dor abdominal.

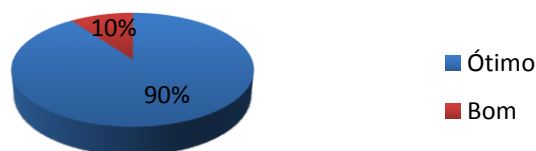
A mulher geralmente procura realizar o exame de prevenção quando surge algum sintoma; por medo de um possível diagnóstico positivo para câncer do colo do útero, ou por vergonha de expor o seu corpo (DUAVY et al., 2007).

É importante que a mulher faça seu exame periodicamente e não espere que apareçam sintomas, desta forma, é bem maior a chance de detectar lesões ainda totalmente curáveis (FERREIRA, 2009).

De acordo com os dados acima, a maioria das mulheres percebem o exame de prevenção como uma forma de se cuidar. Em suas respostas, demonstraram preocupação e interesse em saber suas condições de saúde. Apesar de reconhecer, no entanto, a importância da prevenção e preservação da saúde como possibilidade de uma vida saudável, algumas mulheres buscaram assistência a partir do aparecimento de sintomas.



Gráfico 6 – Distribuição das entrevistadas sobre a avaliação do atendimento recebido pela enfermeira na realização do exame.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

Observa-se que no gráfico 6, o atendimento recebido pela enfermeira na realização do exame foi avaliado em 90% como ótimo; e 10% responderam que era bom.

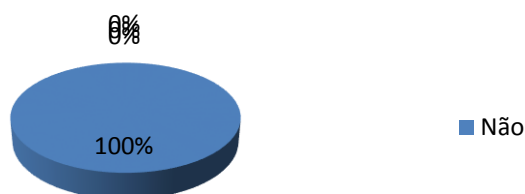
Em relação às respostas colhidas, nota-se que o atendimento prestado pela enfermeira da referida unidade está adequado às determinações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, segundo o autor supracitado.

É importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro. Cabem ao enfermeiro realizar atenção integral às mulheres, orientá-las sobre o cuidado íntimo e encorajá-las quanto ao retorno à unidade. (BRASIL, 2006).

Para que a mulher se comprometa a realizar medidas preventivas de saúde, é importante que haja um trabalho de conscientização, sendo a orientação uma das principais ferramentas. Assim, cabe à enfermagem contribuir com efetividade para uma melhor qualidade de vida (BARROS, 2009).



Gráfico 7 – Distribuição das mulheres segundo o esclarecimento das dúvidas com a enfermeira durante a consulta ginecológica.



Fonte: pesquisa direta, 2013.

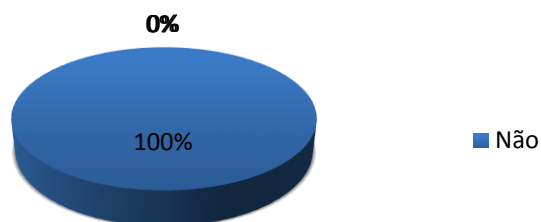
O gráfico 7 mostra que 100% das mulheres conseguem tirar suas dúvidas durante a consulta ginecológica com a enfermeira.

Conforme visto no gráfico acima, todas as usuárias entrevistadas da referida unidade conseguem esclarecer suas dúvidas durante a consulta ginecológica.

O acolhimento implica na escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde da usuária, conforme sua cultura, saber e capacidade de avaliar riscos. Explicar o procedimento a que será submetida, e a importância da realização do mesmo é um dever do profissional e direito da usuária. Assim, o diálogo é utilizado como ferramenta de distração e desvio da apreensão, deixando-as mais à vontade (SOUSA, 2008).



Gráfico 8 – Distribuição das mulheres quanto ao questionamento: Você tem alguma queixa em relação ao atendimento de enfermagem?

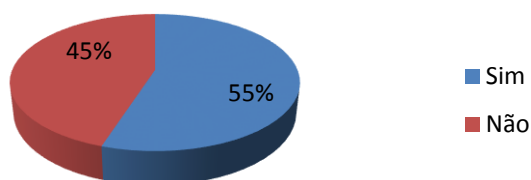


Fonte: pesquisa direta, 2013.

O gráfico 8 revela que 100% das entrevistadas não referem queixas em relação ao atendimento de enfermagem.

O processo de cuidar não pode ocorrer isoladamente; pois, trata-se de uma ação e de um processo interativo entre o ser que cuida e o ser que recebe o cuidado, caso contrário o cuidado não ocorre (MACIEL, 2011). Desta maneira, as clientes da referida unidade estão satisfeitas com o atendimento, sem apresentar nenhuma queixa. A autora reforça ainda que aprender a realidade do outro tendo sensibilidade para o que está sentindo e vivenciando é um requisito para o processo de cuidar, no qual a confiança seria uma consequência.

Gráfico 9 – Distribuição das entrevistadas referente à influência do tempo de espera para a realização do exame citopatológico.



Fonte: pesquisa direta, 2013.



O gráfico 9 aponta o tempo de espera para a realização do exame de citopatológico. A maioria das mulheres entrevistadas 55% equivalente a 11 disseram que sim, que ficavam ansiosas e nervosas; e 45% relataram que a espera não influencia em nada.

De acordo com os dados apresentados, o tempo de espera para a realização do exame ginecológico influencia a maioria das entrevistadas, sendo que a minoria relata não interferir em nada.

A baixa demanda à consulta ginecológica está relacionada ao tempo de espera para atendimento e a demora na emissão dos resultados (COSTA, et al., 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo uterino é considerado o segundo causador de mortalidade entre as neoplasias malignas na população feminina, acometendo um grande número de mulheres anualmente no Brasil e no mundo. Tendo em vista a gravidade do problema, o Ministério da Saúde criou um programa de rastreamento, utilizando como método o exame citopatológico ou de papanicolaou com o objetivo de prevenir e controlar o câncer do colo uterino.

Mediante a análise dos dados, observamos que esta pesquisa demonstrou que grande maioria das mulheres entrevistadas na Unidade demonstraram ter algum conhecimento sobre a importância da realização do exame citopatológico; visto que as demais sabiam que o exame é importante, no entanto, não souberam dar mais detalhes, enfatizando que servia somente para detectar doenças. Assim, fica visível que o conhecimento sobre o assunto possibilita estabelecer estratégias para a diminuição da ocorrência de câncer de colo do útero.



No que diz respeito à periodicidade da realização do exame, 70% das mulheres realizam o exame citopatológico anualmente; 10% relataram que é a primeira vez que irão se submeter ao exame; 10% realizam quase todo ano; e 10% a cada dois anos. A periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, diz que o mesmo deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.

Então, de acordo com as experiências vistas durante a pesquisa sobre saúde da mulher, notamos que a informação e o aconselhamento durante as consultas, representam relevante critério a considerar na adesão ao exame. Além de ser uma forma eficaz para que o índice dessa neoplasia se reduza, sendo este exame gratuito tendo eficácia de 100% no diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.M.O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica Guia para a Prática Assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 196/96 e outros). Brasília, 1996.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional De Câncer. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Disp.

em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf.



_____, Ministério da Saúde. **Viva Mulher: programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. INCA, 1996.

COSTA, N.S.S; SOUSA, V.L.C; MEDEIROS, R.E.G; **Atenção da mulher em ginecologia: Atuação da enfermeira**. Sitientibus, Feira de Santana, n. 19, p. 77-86, jul./dez. 1998.

DAVIM, R.M.B; TORRES G.V; SILVA R.A.R; SILVA D.A.R. **Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da Cidades de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 3,2005.

DUAVY, L.M; BATISTA, F.L.R; JORGE, M.S.B; SANTOS, J.B.F; **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico uterino: estudo de caso**. Ciência e saúde coletiva, Rio de janeiro, v.12, n.3, maio/junho 2007.

FERNANDES, R.A.Q; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. Ed. Manole, Barueri, SP: 2007.

FERREIRA, M.L.S.M; **Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolau segundo a percepção de mulheres**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.13, n.2, 2009.

LUCENA, L.T; ZÃN, D.G; CRISPIM, P.T.B; FERRARI, J.O;. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. Rev. **Pan-Amaz Saúde**, Rondônia, 2011.

MACIEL, L.M; LAGE, A.M.D. **O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família**. R. Enferm. Cent. O. Min. out/dez, 2011.

MATTOS, Geraldo; **Dicionário Júnior de língua portuguesa**, 3. Ed. – São Paulo: FTD, 2005.

SILVA, P,V; **Análise da cobertura do exame citopatológico do colo do útero no município de doresópoles – MG**. Formiga/Minas Gerais: 2010. Disp. em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2356.pdf>



Temas em Saúde

Volume 15, Número 1

ISSN 1519-0870

João Pessoa, 2015

SOUSA, I. G. S; MOURA E. R. F; OLIVEIRA, N. C; EDUARDO, K. G. T; **Prevenção do câncer de colo uterino: Percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais.** Ver. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 38-46, abr./jun.2008.



Importância da realização do exame citopatológico e sua periodicidade



Temas em
Saúde