

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo Gonçalves

COMO FAZER UM PROJETO DE PESQUISA DE UM ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

HOW TO MAKE A RESEARCH PROJECT FOR A LITERATURE REVIEW ARTICLE

Me. Jonas Rodrigo Gonçalves¹

Resumo

Este artigo tem por objetivo auxiliar você a elaborar o seu Projeto de Pesquisa. Ele foi feito exclusivamente para contribuir de forma prática com o Projeto de Pesquisa que se configura como o planejamento de um Trabalho de Curso. Na sugestão deste artigo, logo após a definição do tema, o(a) aluno(a) deve partir para o levantamento de literatura, no qual irá selecionar artigos científicos, lê-los, selecionar trechos relevantes nele contidos para compor o seu referencial teórico para, somente depois disso, elaborar problema, hipótese, objetivo, justificativa, metodologia etc. Justamente por acreditar ser a forma mais fácil e prática para se elaborar um Projeto de Pesquisa.

Palavras-chave: Projeto de Pesquisa. Metodologia Científica. Redação Acadêmica.

Abstract

This article aims to assist you in developing your Research Project. It was done exclusively to contribute in a practical way with the Research Project that is configured

¹ Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas). Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em Letras (Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência na Educação Superior; Gestão do Agronegócio. Licenciado em: Letras (Português/Inglês); Filosofia; e Sociologia. Professor das faculdades: Processus (DF); CNA (DF); Facesa (GO); e Unip (SP). Escritor; Revisor; Editor. E-mail: professorjonas@gmail.com.

as the planning of a Course Work. In the suggestion of this article, soon after the definition of the theme, the student should start with the literature survey, in which he will select scientific articles, read them, select relevant excerpts contained in it to compose his theoretical reference to only develop problem, hypothesis, objective, justification, methodology, etc. Precisely because it believes to be the easiest and most practical way to prepare a Research Project.

Keywords: *Research Project. Scientific Methodology. Academic Writing.*

1.Apresentação

Este artigo tem por objetivo auxiliar você a elaborar o seu Projeto de Pesquisa. Ele foi feito exclusivamente para contribuir de forma prática com o Projeto de Pesquisa que se configura como o planejamento de um Trabalho de Curso.

Antes de qualquer coisa, convém diferenciar Projeto de Pesquisa de Pré-projeto de Pesquisa, ou mesmo de Anteprojeto de Pesquisa. Quando se trata de um(a) aluno(a) regularmente matriculado(a) em uma Instituição de Ensino Superior (IES), a nomenclatura correta é Projeto de Pesquisa. No entanto, quando um(a) candidato(a) a uma vaga de um programa de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado, doutorado ou *pós-doc.*) participa de um processo seletivo, precisa submeter um pré-projeto de pesquisa, também chamado de anteprojeto de pesquisa; caso consiga a vaga após a aprovação para ingresso no referido programa, terá de elaborar um Projeto de Pesquisa a ser qualificado. Logo, na graduação (ou mesmo na pós-graduação *lato sensu*), os(as) alunos(as) regularmente matriculados fazem Projeto de Pesquisa e não Pré-projeto de Pesquisa, nem mesmo Anteprojeto de Pesquisa (GONÇALVES, 2019d).

Este artigo foi feito para orientar cada etapa de elaboração do Projeto de Pesquisa. Siga atentamente a todas as fases aqui propostas e você observará que não é difícil elaborar um bom Projeto de Pesquisa.

Na sugestão deste artigo, logo após a definição do tema, o(a) aluno(a) deve partir para o levantamento de literatura, no qual irá selecionar artigos científicos, lê-los, selecionar trechos relevantes nele contidos para compor o seu referencial teórico para, somente depois disso, elaborar problema, hipótese, objetivo, justificativa, metodologia etc. Justamente por acreditar ser a forma mais fácil e prática para se elaborar um Projeto de Pesquisa (GONÇALVES, 2019d).

Espero que este artigo acerca do Projeto de Pesquisa possa auxiliar de forma objetiva e clara esta etapa de sua formação acadêmica. Lembre-se: planejar antes de executar é sempre o melhor caminho.

2.Modalidades do Trabalho de Curso

Existem várias modalidades de Trabalho de Curso, as quais incluem tipologias textuais diferentes, porém todas pertencentes ao gênero textual dissertativo. Expor um posicionamento sobre um tema de maneira sucinta (artigo), ou mais detalhada (monografia), ou ainda a partir de um caso concreto (estudo de caso), dentre outras possibilidades, sempre se constitui como a expressão de uma posição acerca de uma temática, objetivando convencer o(a) leitor(a), ou seja, dissertando (GONÇALVES, 2019d).

Algumas das principais modalidades são:

2.1.Projeto de Pesquisa: trabalho apresentado geralmente ao final da disciplina Metodologia Científica ou TCC I, no qual o(a) aluno(a) segue exatamente o que propõe este artigo, ou seja, especifica o tema e o problema que pretende pesquisar,

contextualizando-o espacial e temporalmente; discute os(as) principais autores(as) e tópicos abordados sobre o tema; escreve qual é o seu marco teórico de referência (impressões iniciais sobre o problema) e hipóteses a serem investigadas, indicando ainda, quais os meios e os métodos a serem empregados, além dos demais tópicos exigidos no modelo da Instituição.

2.2.Monografia: de forma genérica, designa qualquer relatório de pesquisa abordando assunto específico. Opõe-se, portanto, a um manual, que trata de assuntos mais amplos e é meramente informativo. Trata-se da modalidade de trabalho de conclusão de curso (TCC) exigido como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de muitas faculdades, centros universitários e universidades. Diferencia-se de um artigo (o qual possui entre 10 e 30 páginas) por aprofundar mais um determinado tema, discorrendo com mais subdivisões (capítulos), tendo entre 80 e 120 páginas.

2.3.Estudo de caso: método de pesquisa que versa sobre uma investigação empírica, estudando um determinado fenômeno jurídico dentro do contexto da vida real. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades. O caso específico entra como caso concreto, ou seja, como prova primária. Neste caso, o(a) aluno(a) deverá seguir o protocolo bioético de pesquisa que envolve seres humanos: participantes precisam preencher o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); o projeto deve ser submetido ao Comitê de Ética Institucional, cuja continuidade da pesquisa depende desta aprovação; dentre outras exigências estabelecidas pela coordenação do NTC (Núcleo de Trabalho de Curso).

2.4.Estudo de jurisprudência: método de pesquisa que versa sobre estudo de decisões específicas provenientes do Judiciário ou órgãos de decisões administrativas, brasileiros ou estrangeiros, em primeira, segunda ou última instância. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades.

2.5.Dissertação: relatório de pesquisa versando assunto específico, no qual o autor deve demonstrar capacidade de sistematização e de domínio sobre o tema. É requisito para a conclusão de curso de **mestrado**. Geralmente as dissertações de mestrado possuem entre 120 e 250 páginas.

2.6.Tese: relatório de pesquisa versando assunto específico, no qual o autor deve demonstrar capacidade de sistematização e de domínio sobre o tema, abordando-o de maneira original e contributiva ao progresso da ciência. É requisito para a conclusão de curso de **doutorado**. Geralmente as teses de doutorado possuem entre 200 e 500 páginas.

2.7.Artigo de Revisão: trabalho monográfico ou em coautoria, passível de ser publicado em revista acadêmica e, por isso, geralmente de pequena extensão. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades. Possui entre 10 e 30 páginas.

A maioria das faculdades permite como Trabalho de Conclusão de Curso: Monografia, Estudo de Caso, Estudo de Jurisprudência e Artigo de Revisão. Embora, cada faculdade e/ou curso de graduação possa contar com exigências específicas.

3.O que é um Projeto de Pesquisa?

É praticamente impossível elaborar uma monografia, ou um artigo, ou um estudo de caso, ou um estudo de jurisprudência sem ter feito antes um projeto de pesquisa. É o projeto que norteia todo o trabalho que será desenvolvido. Isso envolve a especificação do tema, do problema, da hipótese, dos objetivos, da justificativa, da

metodologia etc. Há a explicação detalhada neste artigo que ensina a fazer todas as etapas que compõem o projeto de pesquisa.

É muito importante submeter o projeto de pesquisa ao professor orientador do trabalho monográfico (quando a instituição adotar este sistema de professores-orientadores), para somente iniciar a monografia com o aval do especialista. Em várias faculdades, o professor orientador é o docente que ministra as disciplinas “Metodologia Científica” e/ou “TCC I” e/ou “TCC II”. Há, ainda, possibilidade de co-orientação com os monitores, da Instituição. Caso o(a) aluno(a) decida trocar de tema, sugere-se que elabore um novo projeto de pesquisa.

Ajuda muito se o acadêmico estiver com papel e caneta sempre à mão quando da elaboração do projeto de pesquisa, para que possa anotar todas as ideias. Geralmente gostamos de confiar em nossa memória, porém, quando não anotamos, perdemos pontos importantíssimos de nossa monografia, segundo Alexandre Barros. Com esse monte de papéis, preferencialmente soltos e, por enquanto, não organizados, deve-se fazer um roteiro, objetivando organizar uma determinada ordem, a partir da proximidade ideológica dos temas e subtemas. Diante disso, faz-se essencial aprender a fazer um texto dissertativo envolvendo os tópicos dessa tempestade cerebral. Ele se tornará a introdução de sua monografia (GONÇALVES, 2019e, p.11-12)

Portanto, o Projeto de Pesquisa é o trabalho acadêmico no qual o(a) aluno(a) deverá planejar o seu Trabalho de Curso. Há vários modelos de Projeto de Pesquisa, a depender, inclusive, da área de formação do(a) discente (GONÇALVES, 2019d).

Geralmente, na maior parte das faculdades, o Projeto de Pesquisa será composto pelos seguintes elementos: capa; folha de rosto; planilha de notas; sumário; introdução [contendo tema; problema; hipótese; objetivos (geral e específicos)]; justificativa; metodologia; levantamento de literatura; referencial teórico; referências; anexos e apêndices.

4. Formatação do Projeto de Pesquisa

A apresentação gráfica do Projeto de Pesquisa, assim como da monografia ou do artigo de revisão, é regulamentada pela NBR 14724/2002, que estabelece as seguintes orientações (GONÇALVES, 2019):

- Papel A4 na cor branca.
- Margens: superior = 3 cm; inferior = 2 cm; lateral esquerda = 3 cm; lateral direita = 2 cm.
- Digitação do texto em espaço 1,5 (entre linhas) com fonte *Times New Roman* ou **Arial**, tamanho 12. A maioria das faculdades sugere o uso da fonte *Arial*.
- Citações diretas longas (3 ou mais linhas) com recuo de 4 cm da margem esquerda, fonte tamanho 10, em espaço simples (espaçamento entre linhas).
- Notas de rodapé com fonte tamanho 10 e espaço simples (espaçamento entre linhas). Como a maioria das faculdades adota o sistema *Autor-Data*, só são permitidas notas de rodapé de natureza explicativa, sendo proibidas notas de rodapé de referência bibliográfica.
- Páginas numeradas sequencialmente a partir da Introdução, em algarismos arábicos, no canto superior direito, sem traços, pontos ou parênteses.
- Páginas preliminares (folha de rosto até a última folha antes do texto) têm numeração opcional. Caso sejam numeradas, utilizar algarismos romanos representados por letras minúsculas (i, ii, iii, iv etc.). Nesse caso, a página de rosto

- (i) não deve ser numerada, iniciando-se a numeração na página seguinte (ii). Na maioria das faculdades não se sugere numerar os elementos pré-textuais.
- Anexos e Apêndices devem ser numerados de maneira contínua.

5.Fase 01: Escolha do Tema

Existem dois fatores principais que interferem na escolha de um tema para o trabalho de pesquisa (BELLO, 2004). Abaixo estão relacionadas algumas questões que devem ser levadas em consideração nesta escolha:

5.1.Fatores Internos

5.1.1.Afetividade em relação a um tema ou alto grau de interesse pessoal

Para se trabalhar uma pesquisa é preciso ter um mínimo de prazer nesta atividade. A escolha do tema está vinculada, portanto, ao gosto pelo assunto a ser trabalhado. Trabalhar um assunto que não seja do seu agrado tornará a pesquisa num exercício de tortura e sofrimento.

5.1.2.Tempo disponível para a realização do trabalho de pesquisa

Na escolha do tema, temos que levar em consideração a quantidade de atividades que teremos que cumprir para executar o trabalho e medi-la com o tempo dos trabalhos que temos que cumprir no nosso cotidiano, não relacionados à pesquisa.

5.1.3.O limite das capacidades do pesquisador em relação ao tema pretendido

É preciso que o pesquisador tenha consciência de sua limitação de conhecimentos para não entrar num assunto fora de sua área. Se minha área é a de ciências humanas, devo me ater aos temas relacionados a esta área. Se estou me formando em Direito, não devo fazer um trabalho de Sociologia. Se tenho facilidade com Direito Trabalhista, devo escolher um tema dentro de uma área que eu tenha um bom domínio.

5.2.Fatores Externos

5.2.1.A significação do tema escolhido, sua novidade, sua oportunidade e seus valores acadêmicos e sociais

Na escolha do tema, devemos tomar cuidado para não executarmos um trabalho que não interessará a ninguém. Se o trabalho merece ser feito, que ele tenha uma importância qualquer para pessoas, grupos de pessoas ou para a sociedade em geral.

5.2.2.O limite de tempo disponível para a conclusão do trabalho

Quando a instituição determina um prazo para a entrega do trabalho final da pesquisa, não podemos nos enveredar por assuntos que não nos permitirão cumprir este prazo. O tema escolhido deve estar delimitado dentro do tempo possível para a conclusão do trabalho.

5.2.3.Material de consulta e dados necessários ao pesquisador

Um outro problema na escolha do tema é a disponibilidade de material para consulta. Muitas vezes o tema escolhido é pouco trabalhado por outros autores e não existem fontes secundárias para consulta. A falta dessas fontes obriga o pesquisador a buscar fontes primárias que necessitam de um tempo maior para a realização do trabalho. Este problema não impede a realização da pesquisa, mas deve ser levado em consideração para que o tempo institucional não seja ultrapassado.

5.3.Escolha seu Tema

Com base em tudo isso, que inclui fatores internos e externos, escolha o seu tema. Faça uma análise para delimitar em qual das áreas do seu curso você possui mais domínio. Escolhida a área, delimite o tema. Quanto mais específico, melhor.

Exemplo: Na área de Direito Penal, poder-se-ia pesquisar o tema “Maioridade Penal: o reflexo da alteração da idade penal de imputabilidade no recrutamento de crianças para o tráfico de drogas”.

6.Fase 02: Levantamento de Literatura

O Levantamento de Literatura é a localização e a obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa. Este levantamento é realizado junto às bibliotecas ou serviços de informações existentes.

6.1.Locais de coletas

Determine com antecedência que bibliotecas, agências governamentais ou particulares, instituições, indivíduos ou acervos deverão ser procurados. Para localizar artigos científicos, há vários indexadores confiáveis, como Scielo, por exemplo.

A sugestão deste artigo é que você entre no Google Acadêmico: <https://scholar.google.com.br/>. Em seguida, na barra de busca do Google Acadêmico, digite seu tema, bem como os descritores do seu tema (palavras-chave). Escolha artigos em “pdf” que tenham sido publicados em revistas acadêmicas (ou seja, possuam ISSN), cujos(as) autores(as) tenham mestrado ou doutorado. Basta que apenas um(a) dos(as) coautores(as) possua mestrado ou doutorado.

Salve em “pdf”, no mínimo, a seguinte quantidade de artigos respeitando este critério que envolve o tipo de TCC que irá elaborar:

- 05 artigos para Artigo de Revisão de Literatura; ou
- 15 artigos mais prova primária para Estudo de Caso; ou
- 15 artigos mais jurisprudência para Estudo de Jurisprudência; ou
- 20 artigos mais 10 livros para Monografia.

6.2.Registro de documentos

Esteja preparado para copiar os documentos, seja através de xérox, de fotografias, ou de outro meio qualquer, em caso de pesquisa em bibliotecas físicas.

6.3.Organização

Separe os documentos recolhidos de acordo com os critérios de sua pesquisa. O levantamento de literatura pode ser determinado em dois níveis:

6.3.1.Nível geral do tema a ser tratado

Relação de todas as obras ou documentos sobre o assunto.

6.3.2.Nível específico a ser tratado

Relação somente das obras ou documentos que contenham dados referentes à especificidade do tema a ser tratado.

7.Fase 03: Montagem do Referencial Teórico (Colcha de Retalhos)

Leia atentamente todos os artigos, livros e demais materiais coletados no Levantamento de Literatura. Em sua leitura atenta, observe quais trechos têm relação com o seu tema. Nesta fase, pode ser que você queira trocar alguns dos artigos e/ou livros selecionados, isso é normal. Faça a troca (voltando aos critérios estabelecidos na fase anterior) e atenha-se ao mínimo exigido por cada tipo de TCC, observando a modalidade escolhida por você. Tendo feito a escolha, após a leitura, dos artigos científicos, faça a impressão deles, pois eles comporão os seus Anexos. No caso de uso de livros, imprimir apenas os trechos que serão utilizados, mais as páginas que vão da capa ao sumário. Em todas as impressões (artigos científicos e/ou livros) pode-se usar o comando “duas páginas por folha”, desde que a leitura seja possível.

Após sua leitura atenta dos artigos científicos e/ou livros, selecione os parágrafos que irão ser aproveitados em seu trabalho. Como você fez a impressão deles, use caneta marca-texto para selecionar os parágrafos que serão colocados em seu trabalho. Escolha, pelo menos, 10 parágrafos de cada artigo científico e/ou livro selecionado.

Digite no Google “pdf para word”. Algumas opções aparecerão para transformar arquivos em “pdf” em arquivos em “.doc” ou “.docx”. Sugere-se o SmallPDF: <https://smallpdf.com/pt/pdf-para-word>. Mas a escolha do programa é livre. O importante é transformar os artigos selecionados em Word (.doc ou .docx).

Abra um artigo de cada vez, selecione todos os parágrafos que serão utilizados, transferindo-os para um arquivo novo do Word (ou outro editor de texto de sua preferência). Coloque entre parênteses o último sobrenome do(a) autor(a), seguido do ano e da página onde se encontra aquele trecho extraído. Exemplo: (GONÇALVES, 2019, p.13). Observe: que o sobrenome aparece em letras maiúsculas, seguido de vírgula; que o ano não possui ponto de milhar e é seguido de vírgula; que a página é abreviada por “p” minúsculo seguido de ponto e do número da página sem espaços; que o ponto final aparece após o fechamento dos parênteses e não antes da sua abertura. Mesmo fazendo posteriormente a paráfrase, é obrigatório dar o crédito aos(às) autores(as).

Escolha a ordem dos parágrafos dos artigos selecionados, misturando os artigos, extraído de cada artigo no máximo 3 parágrafos na sequência. Exemplo: pegue 3 parágrafos do primeiro artigo, 2 parágrafos do segundo artigo, 1 parágrafo do terceiro artigo, 1 parágrafo do quarto artigo, 3 parágrafos do quinto artigo e assim por diante. Coloque tudo no Word. Quanto mais embaralhado, melhor.

Você produzirá, neste momento, um documento no Word todo copiado de outros documentos. Daí a importância de não ter mais de 3 parágrafos de um mesmo artigo na sequência. Os metodólogos chamam esta etapa de Frankstein, ou Colcha de Retalhos, ou Boneca da Obra.

Em seguida, leia todo o material e encontre uma linha lógica entre os textos selecionados e seu tema. Faça uma espécie de colcha de retalhos, costurando os parágrafos e trechos extraídos dos documentos (artigos científicos e/ou livros). Confira se você não colocou mais 3 parágrafos do mesmo texto na sequência.

Esta seleção é totalmente sua. Para bem fazê-la, sem preguiça, você terá de ler os textos, colocá-los e articulá-los. É a parte principal de toda a sua pesquisa. Neste momento pode ser que você queira procurar algum outro artigo científico correlato, não há problemas se ele for localizado via Google Acadêmico, desde que ele cumpra as mesmas exigências: o artigo precisa ter sido publicado em um periódico indexado (revista acadêmica com ISSN) e pelo menos um(a) dos(as) coautores(as) precisa ser mestre(a) ou doutor(a) - você localizará esta informação provavelmente em uma numeração sequenciada, ou então terá de buscar o currículo Lattes dos(as) autores(as) do artigo escolhido para checar se um(a) deles(as) possui mestrado e/ou doutorado.

Para selecionar todas as partes de todos documentos, a dica é ir colocando entre parênteses sobrenome, ano e página dos textos originais para não se perder. O ideal é sempre ir colocando um parágrafo de cada texto, isso gerará menor incidência de plágio.

Pode ser que você escolha trechos ou parágrafos dos artigos científicos e/ou dos livros que façam referência a um(a) outro(a) autor(a). Nesse caso, você buscará nas referências do documento original aquele(a) autor(a) mencionado(a). Então, ao final do respectivo parágrafo selecionado, acrescente entre parênteses

(SOBRENOME do autor da citação selecionada, ano de publicação do texto da citação, página mencionada do artigo em que constava aquela citação).

Faça isso com todos os parágrafos selecionados, em todos os documentos já convertidos em Word. Ou seja, nenhum parágrafo ficará sem a devida referência. Seja ela dos(as) autores(as) do artigo científico e/ou do livro utilizados, seja ela oriunda de citações feitas no texto original utilizado.

Muito importante: dentre os 10 parágrafos selecionados, no mínimo, de cada texto original, pelo menos um dos parágrafos precisa ser de autoria dos(as) autores(as) do artigo científico e/ou livro utilizado. Há muitos artigos científicos e livros repletos de citações diretas e/ou paráfrases, mesmo assim, você precisa localizar pelo menos um parágrafo totalmente autoral, no qual os(as) autores(as) não citem outros(as) autores(as).

Se preferir cada artigo com a fonte de uma cor, ou seja, se você selecionou 5 artigos, terá 5 cores, uma cor para a letra de cada artigo. Isso facilitará e muito o próximo passo, no qual você não poderá ter mais de 3 parágrafos do mesmo texto na mesma sequência. As cores lhe ajudarão a perceber se você está fazendo uma boa mescla entre os artigos selecionados. Cuidado nessa montagem para não perder a sequência, por isso, antes deste passo, você precisa ler todos os artigos com atenção e escolher os parágrafos de cada artigo que pretende usar.

Por fim, monte a colcha de retalhos, também chamada pelas editoras de “boneca do livro”, ou seja, monte uma espécie de Frankstein do seu trabalho. Essa colcha de retalhos, neste momento, ainda será estranha mesmo, porque nem todos os parágrafos conversarão uns com os outros.

Não faça neste momento nem paráfrase, nem introdução, nem conclusão, nem referências, nada disso, faça apenas a “boneca” que comporá o desenvolvimento do seu trabalho. Uma colcha de retalhos bem feita gerará um excelente trabalho científico.

8.Fase 04: Técnicas de Paráfrase – Revisão de Literatura

Nesta fase, você aprenderá a transformar as citações diretas em citações indiretas, também chamadas de paráfrases, o que gerará o capítulo intitulado “Revisão de Literatura” do Projeto de Pesquisa, bem como o desenvolvimento do seu Trabalho de Curso, independentemente da modalidade (artigo de revisão, monografia, estudo de caso ou estudo de jurisprudência).

Abra o Word (ou outro editor de texto de sua preferência) com sua colcha de retalhos pronta (Fase 03). É importante mesclar os(as) autores(as) dentro dos temas/tópicos. Isso fará com o que o seu trabalho não fique cansativo de ser lido. O que geralmente ocorre quando o(a) autor(a) do trabalho coloca primeiro todas as citações do(a) primeiro(a) autor(a); depois usa o(a) segundo(a) autor(a); em seguida, o(a) terceiro(a). Fica chato de se ler.

Para cada duas páginas, você poderá escolher a melhor citação direta longa possível. Ela não será transformada em paráfrase (citação indireta). Logo, ela permanecerá como citação direta. Ressalto que isso não é obrigatório, pois um bom trabalho pode ser feito somente com paráfrases (citações indiretas).

É importante que esta citação direta seja de autor(a) renomado(a) da sua área de formação. E mais importante ainda que cada autor(a) e/ou artigo selecionado tenha pelo menos uma citação direta ou indireta. Ou seja, no momento da escolha da citação, todos(as) os(as) autores(as) que escreveram os artigos originais e/ou os livros devem ser citados direta ou indiretamente pelo menos uma vez em seu trabalho.

Para exemplificar, vamos supor que você tenha utilizado um artigo de minha autoria (Jonas Rodrigo Gonçalves), porém tenha selecionado apenas os parágrafos em que eu cito outros(as) autores(as). Logo, nos respectivos parênteses dos parágrafos extraídos do meu artigo, você irá mencionar o sobrenome, o ano e a página dos(as) autores(as) que eu cito. Contudo, por ter usado meu artigo, você terá a obrigação de citar um trecho de minha autoria, ou seja, cujo parágrafo não contenha parênteses referenciando outros(as) autores(as). Esse tipo de atitude é considerado pelos(as) intelectuais e acadêmicos(as) um exemplo de ética por parte do(a) autor(a) do novo trabalho.

Então, você irá transformar todas as citações em paráfrases. Ou seja, você irá escrever com suas palavras o que os(as) autores(as) escreveram com as deles(as).

Importante: toda citação transformada em paráfrase não será mais utilizada como citação direta, pois você não pode apresentar uma paráfrase seguida da citação que ela foi extraída, nem deve apresentar a citação direta seguida de sua paráfrase.

Paráfrase é a transcrição das ideias do(a) autor(a) citado(a) com as suas próprias palavras. Para ser considerado paráfrase, o trecho deve ter 75% de alteração.

8.1.Exemplo 1 de paráfrase

8.1.1.Texto original: “Domínio dos Cerrados: localizado na porção central do território brasileiro, há um predomínio de chapadões, com a vegetação predominante do Cerrado.” (UOL, 2019, p.1)

Repare que após o título “Domínio dos Cerrados”, existe uma frase com 3 pedaços - 1: localizado na porção central do território brasileiro; 2: há um predomínio de chapadões; 3: com a vegetação predominante do Cerrado.

A primeira etapa a ser feita é embaralhar os pedaços, por exemplo: o 1 vira 2, o 3 vira 1, o 2 vira 3 - 2: localizado na porção central do território brasileiro; 3: há um predomínio de chapadões; 1: com a vegetação predominante do Cerrado. Assim, 1: com a vegetação predominante do Cerrado; 2: localizado na porção central do território brasileiro; 3: há um predomínio de chapadões.

Aí você altera as palavras por pedaço, dizendo a mesma coisa, com outro vocabulário - 1: com a vegetação predominante do Cerrado → Fica assim: na vegetação do Cerrado. Repare que “com a” originou “na”. 2: localizado na porção central do território brasileiro → Fica assim: que se localizam no centro do território do Brasil. Repare que “localizado” originou “que se localizam”; “central” originou “no centro”; “brasileiro” originou “do Brasil”. 3: há um predomínio de chapadões, → Fica assim: Predominam chapadões. Inicialmente pensou-se em trocar “há” por “existe”, depois percebeu-se haver maior concisão trocando-se “há um predomínio de” por “predominam”.

A paráfrase pronta é: Na vegetação do Cerrado, predominam chapadões, que se localizam no centro do território do Brasil.

Compare as duas frases e veja as diferenças:

Frase original: “Domínio dos Cerrados – localizado na porção central do território brasileiro, há um predomínio de chapadões, com a vegetação predominante do Cerrado” (UOL, 2019, p.1).

8.1.2.Paráfrase: Na vegetação do cerrado, predominam chapadões, que se localizam no centro do território do Brasil (UOL, 2019, p.1).

8.2.Alteração da Voz Verbal

Uma das melhores técnicas de parafrasear é transformar a Voz Verbal, de ativa para passiva, ou de passiva para ativa, ou de passiva sintética para passiva analítica,

ou de passiva analítica para passiva sintética. Observe os exemplos a seguir para entender as vozes verbais.

Exemplo 1: O menino comprou livros (voz ativa = sujeito pratica a ação do verbo).

Exemplo 2: Os livros foram comprados pelo menino (voz passiva = sujeito sofre a ação do verbo).

Exemplo 3: Vendem-se livros (Voz Passiva Sintética / “-se” funciona como Partícula Apassivadora).

Exemplo 4: Livros são vendidos (Voz Passiva Analítica = um verbo a mais que a voz passiva sintética).

Além da mudança nas vozes verbais, o(a) aluno(a) também pode usar sinônimos mantendo a mesma voz verbal. Embora isso seja mais difícil. Observe os exemplos abaixo, nos quais colocarei paráfrases após as citações diretas. (Não se esqueça de que tais citações no trabalho serão apagadas após serem parafraseadas.)

8.3.Exemplo 2

8.3.1.Citação: Segundo Whiteley (1992, p.09), “Venda boas mercadorias com um lucro moderado, trate seus clientes como seres humanos, e eles sempre voltarão querendo mais”.

8.3.2.Paráfrase: Os clientes retornam quando são tratados como seres humanos na compra de boas mercadorias, conforme Whiteley (1992, p.09).

8.3.3.Importante: na Paráfrase só entram sobrenome, ano e página (quando houver). Vale ressaltar que quando o sobrenome vier fora dos parênteses, apenas a inicial é maiúscula. A ABNT completa irá para o capítulo das referências. No capítulo das Referências ficará assim: WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente:** do planejamento à ação. 21. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

8.4.Exemplo 3

8.4.1.Citação: “Conheça os seus clientes como sua própria família, satisfaça-os completamente, e você terá sucesso”. (WHITELEY, 1992, p.21).

8.4.2.Paráfrase: O sucesso será fruto da satisfação dos clientes quando tratados como membros familiares. (WHITELEY, 1992, p.21).

8.4.3.Importante: no capítulo “Referências”, a página não aparecerá.

8.5.Exemplo 4

8.5.1.Citação: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez- ou até a nos anteciparmos- a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

8.5.2.Paráfrase: De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

8.5.3.Importante: repare que, mesmo nos parágrafos das paráfrases, citam-se entre parênteses sobrenome em letras maiúsculas, ano e página; ou ainda, sobrenome fora dos parênteses com a inicial maiúscula e dentro dos parênteses citam-se ano e página. Vale ressaltar que quando a citação é indireta (paráfrase), citar a página é facultativo, porém, é muito bom mencionar para facilitar o aprofundamento do(a) leitor(a).

8.6.Exemplo 5 – citação direta longa

8.6.1.Citação: citação direta longa (não haverá alteração).

A citação direta longa a seguir não será parafraseada, devendo ter recuo de 4 cm da margem esquerda, fonte Arial tamanho 10, espaço entre linhas simples. O recuo elimina as aspas.

As organizações industriais, comerciais, governamentais, de serviços produzem produtos e realizam prestação de serviços com o objetivo de atender a expectativas / anseios / desejos de consumo de clientes / consumidores / usuários (GIL, 1994, p.23).

8.7.Exemplo 6

8.7.1.Citação: “A excelência do negócio, do ponto de vista financeiro, ocorre quando há desembolso mínimo de capital de investimento e de giro e obtemos a margem financeira máxima, de reembolso via esforços de administração do negócio” (GIL, 1994, p.24).

8.7.2.Paráfrase: No âmbito das finanças, se houver desembolso mínimo de capital investido e giro objetivando margem máxima de lucratividade ou reembolso mediante esforços, ter-se-á excelência do negócio (GIL, 1994, p.24).

8.7.3.Importante: no capítulo das Referências ficará assim: GIL, Antônio de Loureiro. **Auditoria da qualidade.** São Paulo: Atlas, 1994.

8.7.4.Resumindo: transforme sua pesquisa bibliográfica em texto autoral, usando as técnicas de paráfrase. Além disso, crie parágrafos autorais entre os artigos pesquisados, quando for necessário, para que o(a) leitor(a) do seu texto entenda seu texto.

8.8.Exemplo 7

8.8.1.Citação: “Entende-se, inclusive, que os Direitos dos Pacientes estejam inseridos no bojo dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016; ONU, 1948). Por sua vez, a Carta Magna outorga uma proteção extra aos grupos vulneráveis com intuito de colocá-los mais efetivamente e de buscar uma igualdade real entre todos os cidadãos brasileiros. É uma proteção que, pela própria lógica jurídica, permeia as demais normas infraconstitucionais.” (REGIS; GONÇALVES; SIQUEIRA, 2018).

8.8.2.Paráfrase: Já a Constituição Federal de 1988 outorga uma proteção extra aos grupos tido como vulneráveis na intenção de colocá-los com mais efetividade e de encontrar uma igualdade que seja real entre todos os ditos cidadãos brasileiros. Compreende-se que os Direitos dos Pacientes se insiram no corpo dos Direitos Humanos. Constitui uma proteção a qual, considerando-se lógica jurídica, permeia as demais regras infraconstitucionais (ALBUQUERQUE, 2016; ONU, 1948 *apud* REGIS; GONÇALVES; SIQUEIRA, 2018).

8.8.3.Importante: No texto a citação indireta (paráfrase) menciona outros autores. Trata-se de uma paráfrase de um artigo de 3 autores (Arthur H. P. Regis, Jonas Rodrigo Gonçalves e Marcus Vinicius Barbosa Siqueira), que não pode ser transformada em citação direta. Logo, terá que ser feita uma nova paráfrase e deverão ser mencionados os autores do artigo, bem como os autores por eles citados, gerando um *apud* (citado por). Observe como fica confuso o uso de *apud* para o(a) leitor(a). Por isso, a maioria das faculdades, tanto no Projeto de Pesquisa como nos demais Trabalhos de Curso, proíbe o uso de *apud*. Se fossem mais de três autores, seria o sobrenome do primeiro autor seguido de et al (SOBRENOME et al.), com a referência completa no capítulo de referências.

9.Fase 05: Citações no Sistema Autor-Data

No sistema *autor-data*, após a citação direta ou indireta (paráfrase), aparecerá entre parênteses o último sobrenome do autor em letras maiúsculas, o ano de publicação da obra e a página da qual foi extraída aquela citação. Exemplos:

9.1.Exemplos de citações no Sistema Autor-Data

Citação direta: “A excelência do negócio, do ponto de vista financeiro, ocorre quando há desembolso mínimo de capital de investimento e de giro e obtemos a margem financeira máxima, de reembolso via esforços de administração do negócio” (GIL, 1994, p.24).

Citação indireta (paráfrase): No âmbito das finanças, se houver desembolso mínimo de capital investido e giro objetivando margem máxima de lucratividade ou reembolso mediante esforços, ter-se-á excelência do negócio (GIL, 1994, p.24).

Se o sobrenome do autor aparecer fora dos parênteses, terá apenas a inicial maiúscula. Exemplos:

Citação direta: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez – ou até a nos anteciparmos – a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

Citação indireta (paráfrase): De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

Quando se tratar de paráfrase (citação indireta), pode-se omitir o número da página citada, mas mencionar o autor e o ano é obrigatório. No entanto, mencionar a página na citação indireta facilita a possibilidade de pesquisa aprofundada do(a) leitor(a).

Neste sistema, a referência bibliográfica completa aparecerá apenas no capítulo de *Referências*. Só serão permitidas as notas de rodapé de natureza explicativa (MEZZARROBA; MONTEIRO, 2008).

Não confunda com o sistema numérico. No sistema numérico, colocam-se as referências no rodapé ou mesmo no fim do trabalho, numeradas sequencialmente. Porém, no sistema *autor-data*, adotado pela maioria das faculdades, isso não pode acontecer. Ou seja, só podem existir notas de rodapé de natureza explicativa, que explicitem um termo mencionado no texto, o qual não mereça um parágrafo com sua explicação, pois isso atrapalharia o desenrolar do raciocínio.

As citações são normatizadas pela ABNT (NBR 10520). Servem para quando se quer transcrever o que um(a) autor(a) escreveu. Retomemos cada um dos tipos de citações.

9.2.Citação Direta

9.2.1.Citação Direta Curta: NBR 12256 (com menos de 3 linhas, ou seja, 1 ou 2 linhas) – deve ser feita na continuação do texto, entre aspas. Exemplo:

Gonçalves (2018, p.62) afirma: “O poder, no decorrer de toda a história humana, apresentou-se como forma de repressão.”

Gonçalves: autor da citação (letras maiúsculas quando dentro dos parênteses);

2018: o ano de publicação da obra deste autor na bibliografia;

p.62: refere-se ao número da página da qual foi tirada a citação.

9.2.2.Citação Direta Longa (com 3 linhas ou mais): há recuo de 4 cm da margem esquerda; o texto é em espaço simples (um), com a letra menor que a utilizada no texto e sem aspas (NBR 10520), ou seja, fonte tamanho 10. Exemplo:

O conceito de alteridade fundamenta a relação que permite ao outro respeitar o que se atribui a si, o que antropologicamente pode significar como um respeito ao outro em sua diversidade à medida que não se propõe qualquer possibilidade de etnocentrismo de posição ou de atitude. Sociologicamente, portanto, deve-se entender a alteridade como parte inerente ao processo das relações sociais, em todo o processo social. Percebendo-se como diversidade o fator de maior relevância em se pensando as partes na formação do todo, e, nesse sentido, do todo social, com grupos distintos, de pensamentos, língua, sexualidade, etnias diferenciadas. Cabe, portanto, às Ciências Sociais o posicionamento crítico que objetive questionar toda e qualquer possibilidade dogmática infundada cientificamente (GONÇALVES, 2018, p.62).

9.2.3.Citação de citação

É a citação feita por outro(a) pesquisador(a). Exemplo:

Alain Touraine (1990, p.215) diz que “os poderes autoritários têm a vontade de unificar culturalmente a sociedade para impor um controle absoluto a indivíduos e a grupos cujos interesses, opiniões e crenças são sempre diversos.” (*apud* GONÇALVES, 2018, p.65)

Observação: **apud** = citado por.

Importante: como na maioria das faculdades a orientação é não usar o *apud*, o ideal é que você vá às obras originais. Caso não consiga, localize no capítulo de Referências da obra consultada a ABNT completa do(a) autor(a) nela citado(a), procedendo da seguinte forma:

Alain Touraine (1990, p.215) diz que “os poderes autoritários têm a vontade de unificar culturalmente a sociedade para impor um controle absoluto a indivíduos e a grupos cujos interesses, opiniões e crenças são sempre diversos”.

E nas suas referências, faça a citação completa da obra citada: TOURAINE, Alain. **Iguais e diferentes:** poderemos viver juntos? São Paulo: Instituto Piaget, 1990.

9.2.4.Citação Indireta

É a citação de um texto, escrito por um outro autor, sem alterar as ideias originais. Ou então: eu reproduzo sem distorcer, com minhas próprias palavras, as ideias desenvolvidas por um outro autor. Pode ser chamada também de **paráfrase**. Exemplo:

Citação direta: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez – ou até a nos anteciparmos – a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

Citação indireta (paráfrase): De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

10.Fase 06: Elaboração do Capítulo de Referências

Elaboração de referências de fontes. As referências são feitas em fonte Arial ou Times New Roman; tamanho 12; espaço simples entre linhas; alinhadas à esquerda; classificadas em ordem alfabética, pulando uma linha entre uma referência e outra.

10.1.Referências de livros

a)Autor (ou coordenador, ou organizador, ou editor) – Escreve-se primeiro o sobrenome paterno do autor, em caixa alta, e, a seguir, o restante do nome, após uma separação por vírgulas. Exemplo: GONÇALVES, Jonas Rodrigo.

b)Título e subtítulo – O título deve ser realçado por negrito, itálico ou sublinhado. Atualmente tem-se optado pelo uso de itálico. Exemplo:

Gramática Didática e Interpretação de Textos: teoria e exercícios.

c)Número da edição (a partir da segunda edição) – Não se usa o sinal de decimal (^a). Exemplo: 17. ed.

d)Local da publicação – É o nome da CIDADE onde a obra foi editada e, após a referência de local, deve-se usar dois-pontos. Não se coloca estado ou país. Exemplo: Brasília:

e)Editora – Só se coloca o nome da editora. Não se coloca a palavra Editora, Ltda., ou S.A. etc. Por exemplo: da Editora Ática Ltda., colocar-se-ia apenas Ática. Exemplo: JRG

f)Ano da publicação – É o ano em que a obra foi editada. Exemplo: 2015.

g)Número de volumes (se houver).

h)Paginação – Quantidade de páginas da obra (facultativo).

i)Nome da série, número da publicação na série (entre parênteses). Observações: O alinhamento deve estar todo à esquerda na referências.

Em obras avulsas são usadas as seguintes abreviaturas:

org. ou **orgs.** = organizador(es)

ed. Ou **eds.** = editor(es)

coord. Ou **coords.** = coordenador(es)

Exemplos completos:

10.1.1.Autor pessoa física

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Gramática Didática e Interpretação de Textos:** teoria e exercícios. 17.ed. Brasília: JRG, 2015.

10.1.2.Até três autores

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; KIMURA, Cristilene Akiko; SILVA, Keylla Dennyse Celestino da (coords.). **Discussões relevantes na pesquisa contábil.** Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2018.

10.1.3.Mais de três autores

OLIVEIRA, Armando Serafim et al. **Introdução ao pensamento filosófico.** 3. Ed. São Paulo: Loyola, 1985. 211 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1989. 287 p.

Observação: **et al.** (*et alli*) quer dizer **e outros.**

10.1.4.Repetição de nome do autor

Ex.1:GONÇALVES, Jonas Rodrigo (coord.). **Avaliação Geral de desempenho do acadêmico.** Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

_____. **Odontologia e Mercado de Trabalho:** tópicos de atuação profissional. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

Observação: quando o autor é repetido, seu nome completo deve ser substituído por um traço (equivalente a seis espaços) e um ponto. Caso haja mudança de página, o

nome do autor volta a ser digitado por extenso. Digita-se também por extenso se o autor referenciado anteriormente for coautor da obra seguinte. Exemplos:

Ex.2:GONÇALVES, Jonas Rodrigo (coord.). **Avaliação Geral de desempenho do acadêmico**. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

_____. **Odontologia e Mercado de Trabalho**: tópicos de atuação profissional. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; FUNGHETTO, Suzana Schwerz; KIMURA, Cristilene Akiko (coords.). **Regulamento da Brinquedoteca do curso de Licenciatura em Pedagogia**. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2018.

10.1.5.Sem nome do autor

O pensamento vivo de Nietzsche. São Paulo: Martin Claret, 1991. 110 p.

10.2.Dissertação / Tese

BELLO, José Luiz de Paiva. **Lauro de Oliveira Lima**: um educador brasileiro. Vitória, 1995. 210 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE, Universidade Federal do Espírito Santo, 1995.

10.3.Autor corporativo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Programa de Pós-Graduação em Educação / PPGE-UFES. **Avaliação educacional**: necessidades e tendências. Vitória, PPGE/UFES, 1984. 143 p.

10.4.Referência de parte de uma obra

a)O autor do capítulo citado é também autor da obra

LIMA, Lauro de Oliveira. Ativação dos processos didáticos na escola secundária. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1976. Cap. 12, p. 213-234. **A escola secundária moderna**: organização, métodos e processos.

b)O autor do capítulo citado não é o autor da obra

HORTA, José Silvério Baía. Planejamento educacional. MENDES, Dumerval Trigueiro (org.). **Filosofia da Educação Brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. P.195.

10.5.Artigos de Revistas ou Jornais

a) Autor(es) do artigo:

b) Título do artigo:

c) Título da revista: **negrito** ou *itálico*

d) Local da publicação:

e) Editor:

f) Indicação do volume:

g) Indicação do número ou fascículo:

h) Indicação de página inicial e final do artigo:

i) Data:

Exemplos:

10.5.1.Artigo de um autor

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A lógica do poder, a heteronormatividade e o racismo: o epistemicídio e a subalternidade como estratégias de repressão e de vulnerabilidade. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

10.5.2.Artigo com até três autores

REGIS, Arthur H. P.; GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. Da necessidade de políticas públicas brasileiras efetivas para os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

10.5.3.Artigo com mais de três autores

GONÇALVES, Jonas Rodrigo et al. Laboratório de estrutura da dissertação técnica em sala de aula sobre violência no campo. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.1, 2018.

10.5.4.Artigo não assinado (sem nome de autor)

A ENERGIA dual indígena no mundo dos Aymara (Andes do Peru e Bolívia).

Mensagem, Belém, n. 63, p. 35-37, abr./maio/jun., 1990.

Obs.: escreve-se em maiúscula até a primeira palavra significativa do título.

10.5.5.Artigo de jornal assinado

DINIZ, Leila. Leila Diniz, uma mulher solar. Entrevista concedida ao Pasquim.

Almanaque Pasquim, Rio de Janeiro, n. especial, p. 10-17, jul. 1982.

10.5.6.Artigo de jornal não assinado (sem nome de autor)

MULHERES têm que seguir código rígido. *O Globo*, Rio de Janeiro, 1 caderno, p. 40, 31 jan. 1993.

Obs.: a referência de mês é reduzida a apenas três letras e um ponto. O mês de janeiro ficaria sendo jan., o de fevereiro fev. etc., com exceção do mês de maio que se escreve com todas as letras (maio) e sem o ponto (veja o exemplo em artigo não assinado).

10.6.Publicações Periódicas

10.6.1.Coleções inteiras

EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS. São Paulo: Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1956-.

Obs.: todas as revistas sob este título foram consultadas.

10.6.2.Somente uma parte de uma coleção

FORUM EDUCACIONAL. Teorias da aprendizagem. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v.13, n.1/2, fev./maio 1989.

Obs.: esta citação indica que a revista inteira foi consultada.

10.7.Decretos-Leis, Portarias etc.

BRASIL. Decreto 93.935, de 15 de janeiro de 1987. Promulga a convenção sobre conservação dos recursos vivos marinhos antárticos. **Diário Oficial** (da República Federativa do Brasil), Brasília, v. 125, n. 9, p. 793-799, 16 de jan.1987.Seção 1,pt. 1.

10.8.Pareceres, Resoluções etc.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Parecer n. 1.406 de 5 out. 1979. Consulta sobre o plano de aperfeiçoamento médico a cargo do Hospital dos Servidores de São Paulo. Relator: Antônio Paes de Carvalho. **Documenta**, n. 227, p. 217-220, out. 1979.

10.9.Trabalho publicado em anais de congresso e outros eventos

CHAVES, Antônio. Publicação, reprodução, execução: direitos autorais. In:

Congresso Brasileiro de Publicações, 1., São Paulo, 5 a 10 de jul. 1981. **Anais do I Congresso de Publicações**. São Paulo: FEBAP, 1981. P. 11-29.

10.10.Anais de congresso no todo

SEMINÁRIO DO PROJETO EDUCAÇÃO, 5., 24 out. 1996, Rio de Janeiro. **Anais do V Seminário do Projeto Educação**. Rio de Janeiro: Fórum de Ciência e Cultura-UFRJ, 1996.

10.11.Obras de referência

10.11.1.Dicionário

Educação. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

10.11.2.Enciclopédia

Divórcio. **Enciclopédia Saraiva de Direito**. São Paulo: Saraiva, 1977. V. 29, p. 107-162.

10.11.3. Anuário

Matrícula nos cursos de graduação em universidades e estabelecimentos isolados, por áreas de ensino, segundo as universidades da Federação – 1978-80. In: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1982. Seção 2, cap. 17, p. 230: Ensino.

10.12. Internet

SOBRENOME, Nome do Autor. Título do artigo ou da página. **Nome do sítio**. Acesso em: . Disponível em: <colocar aqui o atalho da íntegra do sítio ou da página>.

BELLO, José Luiz de Paiva. Estrutura e apresentação do trabalho. **Pedagogia em Foco**. Acesso em: 21 fev. 2004. Disponível em:

<<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met07.htm>>.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Resumo, Resenha e Síntese. **Grupo de estudos do Prof. Jonas Rodrigo**. Acesso em: 13 ago. 2008. Disponível em

<<http://br.groups.yahoo.com/group/professorjonas/0501/sinteseseresumo/resenha.doc>>.

Repare que a data aparece assim: dois dígitos para o dia + abreviação do nome do mês com três letras seguida de ponto final (exceto “maio”, que deve ser escrito sem abreviações nem ponto) + ano seguido de ponto.

A colocação da data de acesso é uma segurança do pesquisador, pois, caso o sítio retire o conteúdo utilizado no trabalho acadêmico, a data de acesso servirá como prova a ser investigada de que havia aquele determinado conteúdo publicado naquele respectivo sítio.

Para simplificar seu entendimento sobre esse tipo de referência tão utilizado na atualidade, pense no sítio virtual como um livro (daí seu título em destaque) e na página ou artigo extraídos do sítio como capítulos.

10.13. Imagem em Movimento

CIDADE de Deus. Direção: Fernando Meirelles. Produção: Andréa Barata Ribeiro e Maurício Andrade Ramos. Intérpretes: Matheus Nachtergaele; Alexandre Rodrigues; Leandro Firmino da Hora; Jonathan Haagensen; Phellipe Haagensen; Douglas Silva; Daniel Zettel; Seu Jorge. Roteiro: Bráulio Mantovani. [S.l.]: 02 Filmes; Videofilmes “Cidade de Deus”, 2003. 1 CD (130 min), son., color.; DVD.

A MISSÃO. Direção: Roland Joffé. Produção: David Putnam. Intérpretes: Jeremy Irons; Robert de Niro; Liam Neeson; Aidan Quinn. Roteiro: Robert Bold. Trilha sonora: Ennio Morricone. [S.l.]: Goldcrest Films, 1986. 1 DVD (121 min), son., color.

10.14. Mídia eletrônica

BURGIERMAN, Denis Russo. O outro lado do Nobel. **Super Interessante**. N. 171, p. 51-55, São Paulo: Abril, dez. 2001. Disco 6, 1 CD-ROM.

Importante: mesmo já tendo sido explicado, é sempre bom ressaltar que as referências são feitas no sistema *autor-data* sem numeração sequencial, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, em espaço simples entre linhas, em fonte tamanho 12, pulando uma linha entre uma e outra referência.

11. Fase 07: Elaboração do Problema

O problema é a mola propulsora de todo o trabalho de pesquisa. Depois de definido o tema, levanta-se uma questão para ser respondida através de uma hipótese, que será confirmada ou negada através do trabalho de pesquisa. O problema é criado pelo(a) próprio(a) autor(a) e relacionado ao tema escolhido.

O(a) autor(a), no caso, criará um questionamento para definir a abrangência de sua pesquisa. Não há regras para se criar um problema, mas é essencial que ele seja expresso em forma de pergunta.

11.1.Exemplo 1

Tema: A educação da mulher: a perpetuação da injustiça.

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

O problema é o seu tema em forma de pergunta. Ou seja, a pergunta que a sua pesquisa quer responder.

11.2.Exemplo 2

Tema: A nova legislação para o empregado doméstico.

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

11.3.Exemplo 3

Tema: As mulheres do Agronegócio.

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

12.Fase 08: Elaboração da Hipótese

Hipótese é sinônimo de suposição. Nesse sentido, hipótese é uma afirmação categórica (uma suposição), que tente responder ao problema levantado no tema escolhido para pesquisa. É uma pré-solução para o problema levantado. O trabalho de pesquisa, então, irá confirmar ou negar a hipótese (ou suposição) levantada.

12.1.Exemplo 1

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A sociedade patriarcal, representada pela força masculina, exclui as mulheres dos processos decisórios.

12.2.Exemplo 2

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A mulher é tratada com submissão pela sociedade.

(ou seja, no exemplo 2, a hipótese apenas afirmou o problema)

12.3.Exemplo 3

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

Hipótese: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

(ou seja, no exemplo 3, a hipótese apenas afirmou o problema)

12.4.Exemplo 4

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

Hipótese: As mulheres do Agronegócio **não** estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

(ou seja, no exemplo 4, a hipótese apenas negou o problema)

13.Fase 09: Elaboração dos Objetivos (Geral e Específicos)

A definição dos objetivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Objetivo é sinônimo de meta, fim.

Alguns autores separam os objetivos em Objetivo Geral e Objetivos Específicos, mas não há regra a ser cumprida quanto a isso e outros autores consideram desnecessário dividir os objetivos em categorias.

Um macete para se definir os objetivos é colocá-los começando com o verbo no infinitivo: esclarecer tal coisa; definir tal assunto; procurar aquilo; permitir isso, demonstrar alguma coisa etc.

Aqui acompanharemos os(as) principais metodólogos(as) que orientam a separação entre Objetivo Geral e Objetivos Específicos. Nesse sentido, observe a orientação de como elaborar cada objetivo de seu trabalho. Os objetivos começam com verbos na forma nominal do infinitivo (terminações em -ar, -er, -ir), logo, não se esqueça de seguir essa instrução. Não repita verbos no infinitivo, ou seja, cada objetivo (geral e específicos) começará com um verbo no infinitivo diferente dos demais objetivos.

13.1.Objetivo Geral

Em relação ao Objetivo Geral, ele tem relação direta com o seu tema e com o problema central do seu trabalho. Nesse sentido, geralmente se acrescenta um verbo no infinitivo à frente do tema, ou do problema, ou até da hipótese.

13.1.1.Exemplo 1

Tema: A educação da mulher: a perpetuação da injustiça.

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Objetivo Geral: Analisar se mulher é tratada com submissão pela sociedade.

13.1.2.Exemplo 2

Tema: A nova legislação para o empregado doméstico.

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

Hipótese: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

Objetivo Geral: Analisar se a nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

13.1.3.Exemplo 3

Tema: As mulheres do Agronegócio.

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

Hipótese: As mulheres do Agronegócio **não** estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

Objetivo Geral: Analisar se as mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

Observe que, nos três exemplos, foi usado propositalmente o mesmo verbo no infinitivo “analisar”. Porque são temas e trabalhos diferentes. O que não pode ter repetição é dentro de cada tema, isto é, seus objetivos específicos devem começar com verbos diferentes do verbo usado no objetivo geral. Logo, se houve três objetivos específicos, além do objetivo geral, o(a) autor(a) usará quatro verbos no infinitivo diferentes.

13.2.Objetivos Específicos

Os Objetivos Específicos constituem um desmembramento do Objetivo Geral. Ou seja, o(a) autor(a) deve pensar em como pode subdividir o Objetivo Geral em metas que seu trabalho pretende alcançar.

Os Objetivos Específicos gerarão os capítulos do seu trabalho acadêmico. Independentemente de você estar fazendo uma monografia, uma dissertação de mestrado, uma tese de doutorado, um artigo científico, um artigo de revisão de literatura, ou qualquer outro tipo de trabalho de conclusão de curso, saiba que a quantidade de objetivos específicos determinará a quantidade de capítulos do desenvolvimento do seu trabalho científico ou acadêmico.

Usar três objetivos específicos, além do Objetivo Geral, é uma boa quantidade para um trabalho acadêmico ou científico, sendo a quantidade ideal para um artigo de

revisão. A diferença se dará no desenvolvimento do trabalho de acordo com sua tipologia, que pedirá mais ou menos páginas por capítulo.

13.2.1.Exemplo 1

Tema: O crescimento da violência no trânsito.

Objetivo Geral: Analisar o crescimento da violência no trânsito.

Objetivos Específicos:

- 1.Listar as situações de imprudência do(a) motorista.
- 2.Discutir acerca da má formação dos(as) condutores(as).
- 3.Investigar os acidentes e as mortes no trânsito.

Capítulos do Desenvolvimento:

Capítulo 1: Imprudência do(a) motorista.

Capítulo 2: Má formação dos(as) condutores(as).

Capítulo 3: Acidentes e mortes no trânsito.

13.2.2.Exemplo 2

Tema: A relação da humanidade com o aquecimento global do planeta.

Objetivo Geral: Analisar relação da humanidade com o aquecimento global do planeta.

Objetivos Específicos:

- 1.Listar as situações de desmatamento.
- 2.Discutir acerca da poluição e do Efeito-estufa.
- 3.Investigar os desastres naturais.

Capítulos do Desenvolvimento:

Capítulo 1: Desmatamento.

Capítulo 2: Poluição e Efeito-estufa.

Capítulo 3: Desastres naturais.

14.Fase 10: Introdução do Projeto de Pesquisa

A Introdução do trabalho acadêmico é responsável por dar uma visão geral acerca da pesquisa que foi realizada. Para facilitar, sugiro a organização a seguir, para que os elementos essenciais que devem compor o capítulo introdutório não fiquem de fora. No entanto, cabe ao professor orientador direcionar seu orientando na elaboração deste e de outros componentes do trabalho monográfico, estando livre para alterar a ordem ou mesmo o teor de minha sugestão a seguir. Lembre-se dos tempos verbais a serem utilizados: verbos no futuro em todo o projeto de pesquisa; verbos no presente na introdução; verbos no passado nas considerações finais (GONÇALVES, 2015).

Como este artigo tem por objetivo ensinar a fazer a introdução de um projeto de pesquisa, todos os verbos deverão estar no futuro do indicativo.

14.1.Primeiro parágrafo da Introdução

No primeiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases verbais com a apresentação do assunto, delimitando o seu tema de pesquisa. Frase verbal é aquilo que tem sentido completo: possui sujeito, verbo e complemento, e termina com ponto-final. Logo, todo parágrafo terá dois pontos-finais no mínimo, já que o conceito de parágrafo é conjunto de frases. Lembre-se de que você utilizará verbos no futuro presente do indicativo em toda a introdução do seu artigo científico. Todos os verbos da introdução do projeto precisam estar no Futuro do Presente do Indicativo.

14.2.Segundo parágrafo da Introdução

No segundo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o seu tema. Não se esqueça de

colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.3.Terceiro parágrafo da Introdução

No terceiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com o problema central do artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: este artigo se propõe a responder ao seguinte problema “coloque aqui a pergunta principal, terminando-a com interrogação [?]”. Em seguida, faça uma paráfrase da sua primeira frase, apresentando o problema de forma afirmativa.

14.4.Quarto parágrafo da Introdução

No quarto parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o problema central da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.5.Quinto parágrafo da Introdução

No quinto parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com a hipótese do seu artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: A hipótese levanta frente ao problema em questão foi “coloque aqui a hipótese”. Em seguida, faça uma paráfrase da sua primeira frase, apresentando novamente a hipótese com outras palavras.

14.6.Sexto parágrafo da Introdução

No sexto parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar a hipótese da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.7.Sétimo parágrafo da Introdução

No sétimo parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com o objetivo geral do seu artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: O Objetivo Geral deste trabalho é “coloque aqui o Objetivo Geral”. Em seguida, explore na segunda frase o seu objetivo geral, o que pretende descobrir por meio dele.

14.8.Oitavo parágrafo da Introdução

No oitavo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o objetivo geral da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.9.Nono parágrafo da Introdução

No nono parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com os objetivos específicos do seu artigo. Apresente os objetivos específicos de maneira pontual, como, por exemplo: Os Objetivos Específicos deste trabalho são “coloque aqui os Objetivos Específicos”. Caso queira, também pode apresentar cada um dos objetivos específicos em uma frase verbal deste parágrafo.

14.10.Décimo parágrafo da Introdução

No décimo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar os objetivos específicos da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

15.Fase 11: Justificativa

A Justificativa num projeto de pesquisa, como o próprio nome indica, é o convencimento de que o trabalho de pesquisa é fundamental de ser efetivado. O tema escolhido pelo pesquisador e a hipótese levantada são de suma importância, para a sociedade ou para alguns indivíduos, de ser comprovada.

Deve-se tomar o cuidado, na elaboração da Justificativa, de não se tentar justificar a Hipótese levantada, ou seja, tentar responder ou concluir o que vai ser buscado no trabalho de pesquisa. A Justificativa exalta a importância do tema a ser estudado, ou justifica a necessidade imperiosa de se levar a efeito tal empreendimento.

Faça a justificativa em seis parágrafos com pelo menos duas frases cada parágrafo, observando a seguinte orientação.

1º parágrafo: A importância desta pesquisa para você (mas faça de uma maneira impessoal), isto é, o que esta pesquisa contribui numa esfera particular. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

2º parágrafo: Faça uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que coadune com a importância desta pesquisa para você. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

3º parágrafo: A importância desta pesquisa para a ciência, ou seja, o que a ciência ganha com seu trabalho. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

4º parágrafo: Faça uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que coadune com a importância desta pesquisa para a ciência. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

5º parágrafo: A importância desta pesquisa para a sociedade, isto é, com o que o seu trabalho contribui com a sociedade. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

6º parágrafo: Faça uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que coadune com a importância desta pesquisa para a sociedade. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

16.Fase 12: Metodologia

A Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa.

É a explicação do tipo de pesquisa, do instrumental utilizado (questionário, entrevista etc.), do tempo previsto, da equipe de pesquisadores e da divisão do trabalho, das formas de tabulação e tratamento dos dados, enfim, de tudo aquilo que se utilizou no trabalho de pesquisa.

O capítulo da Metodologia deve responder basicamente as questões a seguir.

- 1.Expliação do tipo de pesquisa (abordado a seguir nesta obra).
- 2.Expliação do instrumental utilizado (questionário, entrevista etc.). Ou artigos científicos e/ou livros, no caso de revisão de literatura.

3.Qual o tempo previsto? Tanto para aplicação do instrumental primário (quando houver), como para leitura dos textos originais (artigos e/ou livros), bem como seleção dos trechos e paráfrases.

4.A pesquisa é qualitativa (revisão de literatura ou tratamento das informações coletadas) ou quantitativa (aplicação de questionários com tabulação dos dados)?

5.Quais as referências desta metodologia? Parafrasear parágrafo de livro de metodologia que explique a metodologia escolhida por você.

Na metodologia, mencione o tipo de conhecimento utilizado e o tipo de pesquisa, conforme conceitos abaixo:

16.1.Tipos de conhecimento

Conhecer é incorporar um conceito novo, ou original, sobre um fato ou fenômeno qualquer. O conhecimento não nasce do vazio e sim das experiências que acumulamos em nossa vida cotidiana, através de experiências, dos relacionamentos interpessoais, das leituras de livros e artigos diversos. (BELLO, 2004)

Entre todos os animais, nós, os seres humanos, somos os únicos capazes de criar e transformar o conhecimento; somos os únicos capazes de aplicar o que aprendemos, por diversos meios, numa situação de mudança do conhecimento; somos os únicos capazes de criar um sistema de símbolos, como a linguagem, e com ele registrar nossas próprias experiências e passar para outros seres humanos. Essa característica é o que nos permite dizer que somos diferentes dos gatos, dos cães, dos macacos e dos leões.

Ao criarmos este sistema de símbolos, através da evolução da espécie humana, permitimo-nos também ao pensar e, por consequência, a ordenação e a previsão dos fenômenos que nos cerca.

Existem diferentes tipos de conhecimentos:

16.1.1.Conhecimento Vulgar (ou senso-comum)

É o conhecimento obtido ao acaso, após inúmeras tentativas, ou seja, o conhecimento adquirido através de ações não planejadas. Exemplo: A chave está emperrando na fechadura e, de tanto experimentarmos abrir a porta, acabamos por descobrir (conhecer) um jeitinho de girar a chave sem emperrar.

16.1.2.Conhecimento Filosófico

É fruto do raciocínio e da reflexão humana. É o conhecimento especulativo sobre fenômenos, gerando conceitos subjetivos. Busca dar sentido aos fenômenos gerais do universo, ultrapassando os limites formais da ciência.

Exemplo: “*O homem é a ponte entre o animal e o além-homem*” (Friedrich Nietzsche)

16.1.3.Conhecimento Teológico

Conhecimento revelado pela fé divina ou crença religiosa. Não pode, por sua origem, ser confirmado ou negado. Depende da formação moral e das crenças de cada indivíduo.

Exemplo: Acreditar que alguém foi curado por um milagre; ou acreditar em Duende; acreditar em reencarnação; acreditar em espírito etc.

16.1.4.Conhecimento Científico

É o conhecimento racional, sistemático, exato e verificável da realidade. Sua origem está nos procedimentos de verificação baseados na metodologia científica. Podemos então dizer que o Conhecimento Científico:

É racional e objetivo. Atém-se aos fatos. Transcende aos fatos. É analítico. Requer exatidão e clareza. É comunicável. É verificável. Depende de investigação metódica. Busca e aplica leis. É explicativo. Pode fazer predições. É aberto. É útil (GALLIANO, 1986, p.34).

Exemplo: Descobrir uma vacina que evite uma doença; descobrir como se dá a respiração dos batráquios.

16.2. Tipos de pesquisa

Pesquisa é o mesmo que busca ou procura. Pesquisar, portanto, é buscar ou procurar resposta para alguma coisa. Em se tratando de Ciência a pesquisa é a busca de solução a um problema que o alguém queira saber a resposta. Não gosto de dizer que se faz ciência, mas que se produz ciência através de uma pesquisa. Pesquisa é, portanto, o caminho para se chegar à ciência, ao conhecimento (BELLO, 2004).

É na pesquisa que utilizaremos diferentes instrumentos para se chegar a uma resposta mais precisa. O instrumento ideal deverá ser estipulado pelo pesquisador para se atingir os resultados ideais. Num exemplo grosseiro eu não poderia procurar um tesouro numa praia cavando um buraco com uma picareta; eu precisaria de uma pá. Da mesma forma eu não poderia fazer um buraco no cimento com uma pá; eu precisaria de uma picareta. Por isso a importância de se definir o tipo de pesquisa e da escolha do instrumental ideal a ser utilizado.

A Ciência, através da evolução de seus conceitos, está dividida por áreas do conhecimento. Assim, hoje temos conhecimento das Ciências Humanas, Sociais, Biológicas, Exatas, entre outras. Mesmo essas divisões têm outras subdivisões cuja definição varia segundo conceitos de muitos autores. As Ciências Sociais, por exemplo, podem ser divididas em Direito, História, Sociologia etc.

Tentando simplificar, prefiro definir os tipos de pesquisa desta forma:

16.2.1. Pesquisa Experimental: É toda pesquisa que envolve algum tipo de experimento. Exemplo: Pinga-se uma gota de ácido numa placa de metal para observar o resultado.

16.2.2. Pesquisa Exploratória: É toda pesquisa que busca constatar algo num organismo ou num fenômeno. Exemplo: Saber como os peixes respiram.

16.2.3. Pesquisa Social: É toda pesquisa que busca respostas de um grupo social. Exemplo: Saber quais os hábitos alimentares de uma comunidade específica.

16.2.4. Pesquisa Histórica: É toda pesquisa que estuda o passado. Exemplo: Saber de que forma se deu a Proclamação da República brasileira.

16.2.5. Pesquisa Teórica: É toda pesquisa que analisa uma determinada teoria. Exemplo: Saber o que é a Neutralidade Científica.

Na prática:

Faça um parágrafo com a explicação do tipo de pesquisa (abordado neste capítulo). No caso do Artigo de Revisão de Literatura, trata-se de uma pesquisa teórica. Faça a explicação do instrumental utilizado (questionário, entrevista etc.), ou artigos científicos e/ou livros, no caso de revisão de literatura. No caso do Monografia de Revisão de Literatura, trata-se de artigos científicos e/ou livros. Diga qual o tempo gasto para fazer a pesquisa, tanto para aplicação do instrumental primário (quando houver), como para leitura dos textos originais (artigos e/ou livros), bem como seleção dos trechos e paráfrases. O ideal é nunca passar de seis meses.

Faça um parágrafo parafraseando uma obra de metodologia científica (há sugestões ao final deste capítulo) sobre tipo de pesquisa, e/ou explicação do instrumental, e/ou tipos de revisão, e/ou delimitação do tempo etc.

Faça um outro parágrafo e nele explique se a pesquisa é qualitativa (revisão de literatura ou tratamento das informações coletadas) ou quantitativa (aplicação de questionários com tabulação dos dados). Diga quais as referências desta metodologia, isto é, faça uma paráfrase de parágrafo de livro de metodologia que explique a metodologia escolhida por você (por exemplo, pesquisa qualitativa, revisão de literatura etc.).

Faça um parágrafo parafraseando uma obra de metodologia científica (há sugestões ao final deste capítulo) sobre pesquisa qualitativa ou quantitativa (de acordo com sua escolha), e/ou tipos de revisão, e/ou técnicas de paráfrase (no caso de trabalho de revisão de literatura) etc. Nesses dois parágrafos de paráfrases de obras de Metodologia Científica, sugiro parafrasear um trecho sobre metodologia de uma das obras a seguir:

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Monografia**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 7. Ed. Brasília: JRG, 2015.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019.

17.Fase 13: Anexos e Apêndices

Os anexos e os apêndices são elementos tão importantes quanto o próprio trabalho acadêmico. Pois eles servem para comprovar as informações contidas na pesquisa realizada, constituindo-se como documentos comprobatórios, importantes à instituição, aos órgãos de fomento (quando for o caso), ao(à) próprio(a) pesquisador(a).

Eles precisam ser mencionados no sumário do trabalho científico na seguinte ordem: os apêndices devem aparecer depois das referências; já os anexos devem aparecer depois dos apêndices.

Os apêndices são documentos, ou instrumentos, elaborados pelo(a) próprio(a) autor(a) do trabalho acadêmico. Por exemplo, um questionário que será aplicado em entrevistas, ou mesmo uma planilha contendo os artigos utilizados num trabalho de revisão de literatura, ou ainda a colcha de retalhos.

Os anexos são textos, documentos ou instrumentos, os quais não foram elaborados pelo(a) autor(a) do trabalho, utilizados para auxiliar ou complementar a pesquisa. Por exemplo, o resultado do farejador de plágio, os artigos originais utilizados, a planilha de avaliação do projeto de pesquisa etc.

Na maior parte das faculdades, após o capítulo das referências, obrigatoriamente você colocará os seguintes apêndices e anexos:

1. colcha de retalhos, com trechos extraídos na íntegra dos artigos originais, antes das paráfrases, com parênteses em cada parágrafo contendo sobrenome, ano e página;
2. artigos originais completos e/ou trechos dos livros utilizados na pesquisa;
3. resultado do farejador de plágio emitido pela secretaria de coordenação do curso de Direito que ateste pelo menos 75% de texto autoral;
4. planilha de avaliação do projeto de pesquisa.

Importante: todos esses anexos irão compor o Trabalho de Conclusão de Curso, por isso, após a devolução do projeto corrigido contendo os apêndices e os anexos, guarde-os, pois serão reutilizados.

18.Fase 14: Montagem completa do Projeto de Pesquisa

No maior parte das faculdades, o Projeto de Pesquisa será composto pelos seguintes elementos: capa; folha de rosto; planilha de notas; sumário; introdução [contendo tema; problema; hipótese; objetivos (geral e específicos)]; justificativa; metodologia; revisão de literatura; referências; anexos e/ou apêndices.

Para montar o seu Projeto de Pesquisa, siga atentamente a todas as fases explicadas anteriormente. Muito importante, faça cada fase na ordem aqui sugerida, pensada para dar maior fluidez e organização.

Referências

BELLO, José Luiz de Paiva. Estrutura e apresentação do trabalho. **Pedagogia em Foco**. Acesso em: 21 fev. 2004. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met07.htm>>.

GALLIANO, A. Guilherme. **O método científico: teoria e prática**. São Paulo: Harbra, 1986.

GIL, Antônio de Loureiro. **Auditoria da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A lógica do poder, a heteronormatividade e o racismo: o epistemicídio e a subalternidade como estratégias de repressão e de vulnerabilidade. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019a.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019b.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Monografia**. Brasília: Processus, 2019c.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa**. Brasília: Processus, 2019d.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 7. Ed. Brasília: JRG, 2015.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019e.

MEZZARROBA, Orides, MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

REGIS, Arthur H. P.; GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. Da necessidade de políticas públicas brasileiras efetivas para os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

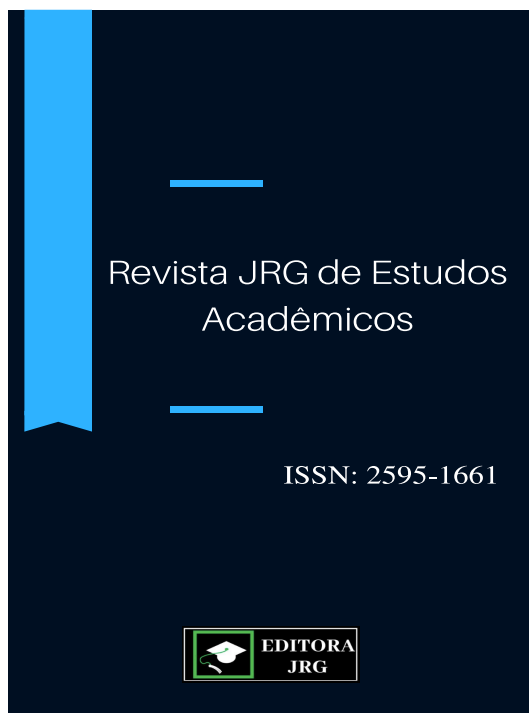
TOURAINÉ, Alain. **Iguais e diferentes: poderemos viver juntos?** São Paulo: Instituto Piaget, 1990.

WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente:** do planejamento à ação. 21. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

UOL, Brasil Escola. **Domínios Morfoclimáticos.** Acesso em: 25 abr. 2019.
Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/dominios-morfoclimaticos.htm>>.

Como citar este artigo:

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo Gonçalves

COMO ESCREVER UM ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA
HOW TO WRITE A LITERATURE REVIEW ARTICLE

Jonas Rodrigo Gonçalves¹

Resumo

Este artigo tem por objetivo auxiliar você a elaborar o seu Artigo de Revisão de Literatura. Ele foi feito exclusivamente para contribuir de forma prática com o Artigo de Revisão de Literatura que se configura tanto como um dos tipos de Trabalho de Curso, além de ser um dos tipos mais comuns de publicação acadêmica. Na sugestão deste artigo, logo após a definição do tema, o(a) aluno(a) deve partir para o levantamento de literatura, no qual irá selecionar artigos científicos, lê-los, selecionar trechos relevantes nele contidos para compor o seu referencial teórico para, somente depois disso, elaborar problema, hipótese, objetivo, justificativa, metodologia etc. Justamente por acreditar ser a forma mais fácil e prática para se elaborar um Artigo de Revisão de Literatura.

Palavras-chave: Artigo de Revisão de Literatura. Metodologia Científica. Redação Acadêmica.

¹ Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas). Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em Letras (Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência na Educação Superior; Gestão do Agronegócio. Licenciado em: Letras (Português/Inglês); Filosofia; e Sociologia. Professor das faculdades: Processus (DF); CNA (DF); Facesa (GO); e Unip (SP). Escritor; Revisor; Editor. E-mail: professorjonas@gmail.com.

Abstract

This article aims to assist you in preparing your Literature Review Article. It was done exclusively to contribute in a practical way to the Literature Review Article which is both one of the types of Course Work and one of the most common types of academic publication. In the suggestion of this article, soon after the definition of the theme, the student should start with the literature survey, in which he will select scientific articles, read them, select relevant excerpts contained in it to compose his theoretical reference to only develop problem, hypothesis, objective, justification, methodology etc. Precisely because it believes to be the easiest and most practical way to prepare a Literature Review Article.

Keywords: *Literature Review Article. Scientific Methodology. Academic Writing.*

1.Apresentação

Este artigo tem por objetivo auxiliar você a elaborar o seu Artigo de Revisão de Literatura. Ele foi feito exclusivamente para contribuir de forma prática com o Artigo de Revisão de Literatura que se configura tanto como um dos tipos de Trabalho de Curso, além de ser um dos tipos mais comuns de publicação acadêmica.

Este artigo foi feito para orientar cada etapa de elaboração do Artigo de Revisão de Literatura. Siga atentamente a todas as fases aqui propostas e você observará que não é difícil elaborar um bom Artigo de Revisão de Literatura.

Na sugestão deste artigo, logo após a definição do tema, o(a) aluno(a) deve partir para o levantamento de literatura, no qual irá selecionar artigos científicos, lê-los, selecionar trechos relevantes nele contidos para compor o seu referencial teórico para, somente depois disso, elaborar problema, hipótese, objetivo, justificativa, metodologia etc. Justamente por acreditar ser a forma mais fácil e prática para se elaborar um Artigo de Revisão de Literatura.

Espero que esta orientação acerca de Artigo de Revisão de Literatura possa auxiliar de forma objetiva e clara esta etapa de sua formação acadêmica. Lembre-se: executar o que já foi planejado é sempre o melhor caminho, ou seja, transforme seu projeto de pesquisa aprovado em um ótimo Artigo de Revisão de Literatura.

2.Modalidades do Trabalho de Curso

Existem várias modalidades de Trabalho de Curso, as quais incluem tipologias textuais diferentes, porém todas pertencentes ao gênero textual dissertativo. Expor um posicionamento sobre um tema de maneira sucinta (artigo), ou mais detalhada (monografia), ou ainda a partir de um caso concreto (estudo de caso), dentre outras possibilidades, sempre se constitui como a expressão de uma posição acerca de uma temática, objetivando convencer o(a) leitor(a), ou seja, dissertando (GONÇALVES, 2019d).

Algumas das principais modalidades são:

2.1.Projeto de Pesquisa: trabalho apresentado geralmente ao final da disciplina Metodologia Científica ou TCC I, no qual o(a) aluno(a) segue exatamente o que propõe este artigo, ou seja, especifica o tema e o problema que pretende pesquisar, contextualizando-o espacial e temporalmente; discute os(as) principais autores(as) e tópicos abordados sobre o tema; escreve qual é o seu marco teórico de referência (impressões iniciais sobre o problema) e hipóteses a serem investigadas, indicando ainda, quais os meios e os métodos a serem empregados, além dos demais tópicos exigidos no modelo da Instituição.

2.2.Monografia: de forma genérica, designa qualquer relatório de pesquisa abordando assunto específico. Opõe-se, portanto, a um manual, que trata de assuntos mais amplos e é meramente informativo. Trata-se da modalidade de trabalho de conclusão de curso (TCC) exigido como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de muitas faculdades, centros universitários e universidades. Diferencia-se de um artigo (o qual possui entre 10 e 30 páginas) por aprofundar mais um determinado tema, discorrendo com mais subdivisões (capítulos), tendo entre 80 e 120 páginas.

2.3.Estudo de caso: método de pesquisa que versa sobre uma investigação empírica, estudando um determinado fenômeno jurídico dentro do contexto da vida real. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades. O caso específico entra como caso concreto, ou seja, como prova primária. Neste caso, o(a) aluno(a) deverá seguir o protocolo bioético de pesquisa que envolve seres humanos: participantes precisam preencher o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); o projeto deve ser submetido ao Comitê de Ética Institucional, cuja continuidade da pesquisa depende desta aprovação; dentre outras exigências estabelecidas pela coordenação do NTC (Núcleo de Trabalho de Curso).

2.4.Estudo de jurisprudência: método de pesquisa que versa sobre estudo de decisões específicas provenientes do Judiciário ou órgãos de decisões administrativas, brasileiros ou estrangeiros, em primeira, segunda ou última instância. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades.

2.5.Dissertação: relatório de pesquisa versando assunto específico, no qual o autor deve demonstrar capacidade de sistematização e de domínio sobre o tema. É requisito para a conclusão de curso de **mestrado**. Geralmente as dissertações de mestrado possuem entre 120 e 250 páginas.

2.6.Tese: relatório de pesquisa versando assunto específico, no qual o autor deve demonstrar capacidade de sistematização e de domínio sobre o tema, abordando-o de maneira original e contributiva ao progresso da ciência. É requisito para a conclusão de curso de **doutorado**. Geralmente as teses de doutorado possuem entre 200 e 500 páginas.

2.7.Artigo de Revisão: trabalho monográfico ou em coautoria, passível de ser publicado em revista acadêmica e, por isso, geralmente de pequena extensão. Pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades. Possui entre 10 e 30 páginas.

A maioria das faculdades permite como Trabalho de Conclusão de Curso: Monografia, Estudo de Caso, Estudo de Jurisprudência e Artigo de Revisão. Embora, cada faculdade e/ou curso de graduação possa contar com exigências específicas.

3.O que é um Artigo de Revisão de Literatura?

É praticamente impossível elaborar uma monografia, ou um artigo, ou um estudo de caso, ou um estudo de jurisprudência sem ter feito antes um projeto de pesquisa. É o projeto que norteia todo o trabalho que será desenvolvido. Isso envolve a especificação do tema, do problema, da hipótese, dos objetivos, da justificativa, da metodologia etc.

É muito importante transformar o projeto de pesquisa elaborado no semestre anterior em Artigo de Revisão de Literatura. Alterar o tema do projeto de pesquisa para a etapa de elaboração do Artigo de Revisão de Literatura pode gerar inúmeros problemas. Nesse sentido, sugere-se que, caso você decida mudar o tema feito no

projeto, que você elabore, então, um novo Projeto de Pesquisa, pois esta publicação de Artigo de Revisão de Literatura parte de um Projeto de Pesquisa pronto e aprovado. Na maioria das faculdades, o professor orientador é o docente que ministra as disciplinas “TCC I” e “TCC II”. Há, ainda, possibilidade de co-orientação com os monitores da Instituição.

Ajuda muito se o acadêmico estiver com papel e caneta sempre à mão quando da elaboração do projeto de pesquisa, para que possa anotar todas as ideias. Geralmente gostamos de confiar em nossa memória, porém, quando não anotamos, perdemos pontos importantíssimos de nossa monografia, segundo Alexandre Barros. Com esse monte de papéis, preferencialmente soltos e, por enquanto, não organizados, deve-se fazer um roteiro, objetivando organizar uma determinada ordem, a partir da proximidade ideológica dos temas e subtemas. Diante disso, faz-se essencial aprender a fazer um texto dissertativo envolvendo os tópicos dessa tempestade cerebral. Ele se tornará a introdução de sua monografia (GONÇALVES, 2019, p.11-12)

Portanto, o Artigo de Revisão de Literatura é o trabalho acadêmico no qual o(a) aluno(a) deverá executar o Trabalho de Curso que planejou em seu Projeto de Pesquisa. Há vários modelos de Artigo de Revisão de Literatura, a depender, inclusive, da área de formação do(a) discente.

Na maioria das faculdades, o Artigo de Revisão de Literatura será composto pelos seguintes elementos: capa; folha de rosto; planilha de notas; sumário; resumo, palavras-chave; *abstract*, *keywords*; introdução [contendo tema; problema; hipótese; objetivos (geral e específicos); justificativa; metodologia]; revisão de literatura (desenvolvimento do artigo, que pode ser desmembrado em capítulos); considerações finais; referências; anexos e apêndices.

4. Formatação do Artigo de Revisão de Literatura

A apresentação gráfica do Projeto de Pesquisa, assim como da Monografia ou do Artigo de Revisão de Literatura, é regulamentada pela NBR 14724/2002, que estabelece as seguintes orientações (GONÇALVES, 2019):

- Papel A4 na cor branca.
- Margens: superior = 3 cm; inferior = 2 cm; lateral esquerda = 3 cm; lateral direita = 2 cm.
- Digitação do texto em espaço 1,5 (entre linhas) com fonte *Times New Roman* ou **Arial**, tamanho 12. A maioria das faculdades sugere o uso da fonte *Arial*.
- Citações diretas longas (3 ou mais linhas) com recuo de 4 cm da margem esquerda, fonte tamanho 10, em espaço simples (espaçamento entre linhas).
- Notas de rodapé com fonte tamanho 10 e espaço simples (espaçamento entre linhas). Como a maioria das faculdades adota o sistema *Autor-Data*, só são permitidas notas de rodapé de natureza explicativa, sendo proibidas notas de rodapé de referência bibliográfica.
- Páginas numeradas sequencialmente a partir da Introdução, em algarismos arábicos, no canto superior direito, sem traços, pontos ou parênteses.
- Páginas preliminares (folha de rosto até a última folha antes do texto) têm numeração opcional. Caso sejam numeradas, utilizar algarismos romanos representados por letras minúsculas (i, ii, iii, iv etc.). Nesse caso, a página de rosto (i) não deve ser numerada, iniciando-se a numeração na página seguinte (ii). Na maioria das faculdades não se sugere numerar os elementos pré-textuais.
- Anexos e Apêndices devem ser numerados de maneira contínua.

5.Fase 01: Escolha do Tema

Existem dois fatores principais que interferem na escolha de um tema para o trabalho de pesquisa (BELLO, 2004). Abaixo estão relacionadas algumas questões que devem ser levadas em consideração nesta escolha:

5.1.Fatores Internos

5.1.1.Afetividade em relação a um tema ou alto grau de interesse pessoal

Para se trabalhar uma pesquisa é preciso ter um mínimo de prazer nesta atividade. A escolha do tema está vinculada, portanto, ao gosto pelo assunto a ser trabalhado. Trabalhar um assunto que não seja do seu agrado tornará a pesquisa num exercício de tortura e sofrimento.

5.1.2.Tempo disponível para a realização do trabalho de pesquisa

Na escolha do tema, temos que levar em consideração a quantidade de atividades que teremos que cumprir para executar o trabalho e medi-la com o tempo dos trabalhos que temos que cumprir no nosso cotidiano, não relacionados à pesquisa.

5.1.3.O limite das capacidades do pesquisador em relação ao tema pretendido

É preciso que o pesquisador tenha consciência de sua limitação de conhecimentos para não entrar num assunto fora de sua área. Se minha área é a de ciências humanas, devo me ater aos temas relacionados a esta área. Se estou me formando em Direito, não devo fazer um trabalho de Sociologia. Se tenho facilidade com Direito Trabalhista, devo escolher um tema dentro de uma área que eu tenha um bom domínio.

5.2.Fatores Externos

5.2.1.A significação do tema escolhido, sua novidade, sua oportunidade e seus valores acadêmicos e sociais

Na escolha do tema, devemos tomar cuidado para não executarmos um trabalho que não interessará a ninguém. Se o trabalho merece ser feito, que ele tenha uma importância qualquer para pessoas, grupos de pessoas ou para a sociedade em geral.

5.2.2.O limite de tempo disponível para a conclusão do trabalho

Quando a instituição determina um prazo para a entrega do trabalho final da pesquisa, não podemos nos enveredar por assuntos que não nos permitirão cumprir este prazo. O tema escolhido deve estar delimitado dentro do tempo possível para a conclusão do trabalho.

5.2.3.Material de consulta e dados necessários ao pesquisador

Um outro problema na escolha do tema é a disponibilidade de material para consulta. Muitas vezes o tema escolhido é pouco trabalhado por outros autores e não existem fontes secundárias para consulta. A falta dessas fontes obriga o pesquisador a buscar fontes primárias que necessitam de um tempo maior para a realização do trabalho. Este problema não impede a realização da pesquisa, mas deve ser levado em consideração para que o tempo institucional não seja ultrapassado.

5.3.Escolha seu Tema

Com base em tudo isso, que inclui fatores internos e externos, escolha o seu tema. Faça uma análise para delimitar em qual das áreas do seu curso você possui mais domínio. Escolhida a área, delimite o tema. Quanto mais específico, melhor. Exemplo: Na área de Direito Penal, poder-se-ia pesquisar o tema “Maioridade Penal: o reflexo da alteração da idade penal de imputabilidade no recrutamento de crianças para o tráfico de drogas”.

6.Fase 02: Levantamento de Literatura

O Levantamento de Literatura é a localização e a obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa. Este levantamento é realizado junto às bibliotecas ou serviços de informações existentes.

6.1.Locais de coletas

Determine com antecedência que bibliotecas, agências governamentais ou particulares, instituições, indivíduos ou acervos deverão ser procurados. Para localizar artigos científicos, há vários indexadores confiáveis, como Scielo, por exemplo.

A sugestão deste artigo é que você entre no Google Acadêmico: <https://scholar.google.com.br/>. Em seguida, na barra de busca do Google Acadêmico, digite seu tema, bem como os descritores do seu tema (palavras-chave). Escolha artigos em “pdf” que tenham sido publicados em revistas acadêmicas (ou seja, possuam ISSN), cujos(as) autores(as) tenham mestrado ou doutorado. Basta que apenas um(a) dos(as) coautores(as) possua mestrado ou doutorado.

Salve em “pdf”, no mínimo, a seguinte quantidade de artigos respeitando este critério que envolve o tipo de TCC que irá elaborar:

- 05 artigos para Artigo de Revisão de Literatura; ou
- 15 artigos mais prova primária para Estudo de Caso; ou
- 15 artigos mais jurisprudência para Estudo de Jurisprudência; ou
- 20 artigos mais 10 livros para Monografia.

6.2.Registro de documentos

Esteja preparado para copiar os documentos, seja através de xérox, de fotografias, ou de outro meio qualquer, em caso de pesquisa em bibliotecas físicas.

6.3.Organização

Separe os documentos recolhidos de acordo com os critérios de sua pesquisa. O levantamento de literatura pode ser determinado em dois níveis:

6.3.1.Nível geral do tema a ser tratado

Relação de todas as obras ou documentos sobre o assunto.

6.3.2.Nível específico a ser tratado

Relação somente das obras ou documentos que contenham dados referentes à especificidade do tema a ser tratado.

7.Fase 03: Montagem do Referencial Teórico (Colcha de Retalhos)

Leia atentamente todos os artigos, livros e demais materiais coletados no Levantamento de Literatura. Em sua leitura atenta, observe quais trechos têm relação com o seu tema. Nesta fase, pode ser que você queira trocar alguns dos artigos e/ou livros selecionados, isso é normal. Faça a troca (voltando aos critérios estabelecidos na fase anterior) e atenha-se ao mínimo exigido por cada tipo de TCC, observando a modalidade escolhida por você. Tendo feito a escolha, após a leitura, dos artigos científicos, faça a impressão deles, pois eles comporão os seus Anexos. No caso de uso de livros, imprimir apenas os trechos que serão utilizados, mais as páginas que vão da capa ao sumário. Em todas as impressões (artigos científicos e/ou livros) pode-se usar o comando “duas páginas por folha”, desde que a leitura seja possível.

Após sua leitura atenta dos artigos científicos e/ou livros, selecione os parágrafos que irão ser aproveitados em seu trabalho. Como você fez a impressão deles, use caneta marca-texto para selecionar os parágrafos que serão colocados em

seu trabalho. Escolha, pelo menos, 10 parágrafos de cada artigo científico e/ou livro selecionado.

Digite no Google “pdf para word”. Algumas opções aparecerão para transformar arquivos em “pdf” em arquivos em “.doc” ou “.docx”. Sugere-se o SmallPDF: <https://smallpdf.com/pt/pdf-para-word>. Mas a escolha do programa é livre. O importante é transformar os artigos selecionados em Word (.doc ou .docx).

Abra um artigo de cada vez, selecione todos os parágrafos que serão utilizados, transferindo-os para um arquivo novo do Word (ou outro editor de texto de sua preferência). Coloque entre parênteses o último sobrenome do(a) autor(a), seguido do ano e da página onde se encontra aquele trecho extraído. Exemplo: (GONÇALVES, 2019, p.13). Observe: que o sobrenome aparece em letras maiúsculas, seguido de vírgula; que o ano não possui ponto de milhar e é seguido de vírgula; que a página é abreviada por “p” minúsculo seguido de ponto e do número da página sem espaços; que o ponto final aparece após o fechamento dos parênteses e não antes da sua abertura. Mesmo fazendo posteriormente a paráfrase, é obrigatório dar o crédito aos(às) autores(as).

Escolha a ordem dos parágrafos dos artigos selecionados, misturando os artigos, extraindo de cada artigo no máximo 3 parágrafos na sequência. Exemplo: pegue 3 parágrafos do primeiro artigo, 2 parágrafos do segundo artigo, 1 parágrafo do terceiro artigo, 1 parágrafo do quarto artigo, 3 parágrafos do quinto artigo e assim por diante. Coloque tudo no Word. Quanto mais embaralhado, melhor.

Você produzirá, neste momento, um documento no Word todo copiado de outros documentos. Daí a importância de não ter mais de 3 parágrafos de um mesmo artigo na sequência. Os metodólogos chamam esta etapa de Frankstein, ou Colcha de Retalhos, ou Boneca da Obra.

Em seguida, leia todo o material e encontre uma linha lógica entre os textos selecionados e seu tema. Faça uma espécie de colcha de retalhos, costurando os parágrafos e trechos extraídos dos documentos (artigos científicos e/ou livros). Confira se você não colocou mais 3 parágrafos do mesmo texto na sequência.

Esta seleção é totalmente sua. Para bem fazê-la, sem preguiça, você terá de ler os textos, colocá-los e articulá-los. É a parte principal de toda a sua pesquisa. Neste momento pode ser que você queira procurar algum outro artigo científico correlato, não há problemas se ele for localizado via Google Acadêmico, desde que ele cumpra as mesmas exigências: o artigo precisa ter sido publicado em um periódico indexado (revista acadêmica com ISSN) e pelo menos um(a) dos(as) coautores(as) precisa ser mestre(a) ou doutor(a) - você localizará esta informação provavelmente em uma numeração sequenciada, ou então terá de buscar o currículo Lattes dos(as) autores(as) do artigo escolhido para checar se um(a) deles(as) possui mestrado e/ou doutorado.

Para selecionar todas as partes de todos documentos, a dica é ir colocando entre parênteses sobrenome, ano e página dos textos originais para não se perder. O ideal é sempre ir colocando um parágrafo de cada texto, isso gerará menor incidência de plágio.

Pode ser que você escolha trechos ou parágrafos dos artigos científicos e/ou dos livros que façam referência a um(a) outro(a) autor(a). Nesse caso, você buscará nas referências do documento original aquele(a) autor(a) mencionado(a). Então, ao final do respectivo parágrafo selecionado, acrescente entre parênteses (SOBRENOME do autor da citação selecionada, ano de publicação do texto da citação, página mencionada do artigo em que constava aquela citação).

Faça isso com todos os parágrafos selecionados, em todos os documentos já convertidos em Word. Ou seja, nenhum parágrafo ficará sem a devida referência. Seja ela dos(as) autores(as) do artigo científico e/ou do livro utilizados, seja ela oriunda de citações feitas no texto original utilizado.

Muito importante: dentre os 10 parágrafos selecionados, no mínimo, de cada texto original, pelo menos um dos parágrafos precisa ser de autoria dos(as) autores(as) do artigo científico e/ou livro utilizado. Há muitos artigos científicos e livros repletos de citações diretas e/ou paráfrases, mesmo assim, você precisa localizar pelo menos um parágrafo totalmente autoral, no qual os(as) autores(as) não citem outros(as) autores(as).

Se preferir cada artigo com a fonte de uma cor, ou seja, se você selecionou 5 artigos, terá 5 cores, uma cor para a letra de cada artigo. Isso facilitará e muito o próximo passo, no qual você não poderá ter mais de 3 parágrafos do mesmo texto na mesma sequência. As cores lhe ajudarão a perceber se você está fazendo uma boa mescla entre os artigos selecionados. Cuidado nessa montagem para não perder a sequência, por isso, antes deste passo, você precisa ler todos os artigos com atenção e escolher os parágrafos de cada artigo que pretende usar.

Por fim, monte a colcha de retalhos, também chamada pelas editoras de “boneca do livro”, ou seja, monte uma espécie de Frankstein do seu trabalho. Essa colcha de retalhos, neste momento, ainda será estranha mesmo, porque nem todos os parágrafos conversarão uns com os outros.

Não faça neste momento nem paráfrase, nem introdução, nem conclusão, nem referências, nada disso, faça apenas a “boneca” que comporá o desenvolvimento do seu trabalho. Uma colcha de retalhos bem feita gerará um excelente trabalho científico.

8.Fase 04: Técnicas de Paráfrase – Revisão de Literatura

Nesta fase, você aprenderá a transformar as citações diretas em citações indiretas, também chamadas de paráfrases, o que gerará o capítulo intitulado “Revisão de Literatura” do Projeto de Pesquisa, bem como o desenvolvimento do seu Trabalho de Curso, independentemente da modalidade (artigo de revisão, monografia, estudo de caso ou estudo de jurisprudência). Em um Artigo de Revisão de Literatura não há este capítulo de Revisão de Literatura, no entanto, ele constitui a base que originará o desenvolvimento do seu artigo.

Abra o Word (ou outro editor de texto de sua preferência) com sua colcha de retalhos pronta (Fase 03). É importante mesclar os(as) autores(as) dentro dos temas/tópicos. Isso fará com o que o seu trabalho não fique cansativo de ser lido. O que geralmente ocorre quando o(a) autor(a) do trabalho coloca primeiro todas as citações do(a) primeiro(a) autor(a); depois usa o(a) segundo(a) autor(a); em seguida, o(a) terceiro(a). Fica chato de se ler.

Para cada duas páginas, você poderá escolher a melhor citação direta longa possível. Ela não será transformada em paráfrase (citação indireta). Logo, ela permanecerá como citação direta. Ressalto que isso não é obrigatório, pois um bom trabalho pode ser feito somente com paráfrases (citações indiretas).

É importante que esta citação direta seja de autor(a) renomado(a) da sua área de formação. E mais importante ainda que cada autor(a) e/ou artigo selecionado tenha pelo menos uma citação direta ou indireta. Ou seja, no momento da escolha da citação, todos(as) os(as) autores(as) que escreveram os artigos originais e/ou os livros devem ser citados direta ou indiretamente pelo menos uma vez em seu trabalho.

Para exemplificar, vamos supor que você tenha utilizado um artigo de minha autoria (Jonas Rodrigo Gonçalves), porém tenha selecionado apenas os parágrafos em que eu cito outros(as) autores(as). Logo, nos respectivos parênteses dos parágrafos extraídos do meu artigo, você irá mencionar o sobrenome, o ano e a página dos(as) autores(as) que eu cito. Contudo, por ter usado meu artigo, você terá a obrigação de citar um trecho de minha autoria, ou seja, cujo parágrafo não contenha parênteses referenciando outros(as) autores(as). Esse tipo de atitude é considerado pelos(as) intelectuais e acadêmicos(as) um exemplo de ética por parte do(a) autor(a) do novo trabalho.

Então, você irá transformar todas as citações em paráfrases. Ou seja, você irá escrever com suas palavras o que os(as) autores(as) escreveram com as deles(as).

Importante: toda citação transformada em paráfrase não será mais utilizada como citação direta, pois você não pode apresentar uma paráfrase seguida da citação que ela foi extraída, nem deve apresentar a citação direta seguida de sua paráfrase.

Paráfrase é a transcrição das ideias do(a) autor(a) citado(a) com as suas próprias palavras. Para ser considerado paráfrase, o trecho deve ter 75% de alteração.

8.1.Exemplo 1 de paráfrase

8.1.1.Texto original: “Domínio dos Cerrados: localizado na porção central do território brasileiro, há um predomínio de chapadões, com a vegetação predominante do Cerrado.” (UOL, 2019, p.1)

Repare que após o título “Domínio dos Cerrados”, existe uma frase com 3 pedaços - 1: localizado na porção central do território brasileiro; 2: há um predomínio de chapadões; 3: com a vegetação predominante do Cerrado.

A primeira etapa a ser feita é embaralhar os pedaços, por exemplo: o 1 vira 2, o 3 vira 1, o 2 vira 3 - 2: localizado na porção central do território brasileiro; 3: há um predomínio de chapadões; 1: com a vegetação predominante do Cerrado. Assim, 1: com a vegetação predominante do Cerrado; 2: localizado na porção central do território brasileiro; 3: há um predomínio de chapadões.

Aí você altera as palavras por pedaço, dizendo a mesma coisa, com outro vocabulário - 1: com a vegetação predominante do Cerrado → Fica assim: na vegetação do Cerrado. Repare que “com a” originou “na”. 2: localizado na porção central do território brasileiro → Fica assim: que se localizam no centro do território do Brasil. Repare que “localizado” originou “que se localizam”; “central” originou “no centro”; “brasileiro” originou “do Brasil”. 3: há um predomínio de chapadões, → Fica assim: Predominam chapadões. Inicialmente pensou-se em trocar “há” por “existe”, depois percebeu-se haver maior concisão trocando-se “há um predomínio de” por “predominam”.

A paráfrase pronta é: Na vegetação do Cerrado, predominam chapadões, que se localizam no centro do território do Brasil.

Compare as duas frases e veja as diferenças:

Frase original: “Domínio dos Cerrados – localizado na porção central do território brasileiro, há um predomínio de chapadões, com a vegetação predominante do Cerrado” (UOL, 2019, p.1).

8.1.2.Paráfrase: Na vegetação do cerrado, predominam chapadões, que se localizam no centro do território do Brasil (UOL, 2019, p.1).

8.2.Alteração da Voz Verbal

Uma das melhores técnicas de parafrasear é transformar a Voz Verbal, de ativa para passiva, ou de passiva para ativa, ou de passiva sintética para passiva analítica,

ou de passiva analítica para passiva sintética. Observe os exemplos a seguir para entender as vozes verbais.

Exemplo 1: O menino comprou livros (voz ativa = sujeito pratica a ação do verbo).

Exemplo 2: Os livros foram comprados pelo menino (voz passiva = sujeito sofre a ação do verbo).

Exemplo 3: Vendem-se livros (Voz Passiva Sintética / “-se” funciona como Partícula Apassivadora).

Exemplo 4: Livros são vendidos (Voz Passiva Analítica = um verbo a mais que a voz passiva sintética).

Além da mudança nas vozes verbais, o(a) aluno(a) também pode usar sinônimos mantendo a mesma voz verbal. Embora isso seja mais difícil. Observe os exemplos abaixo, nos quais colocarei paráfrases após as citações diretas. (Não se esqueça de que tais citações no trabalho serão apagadas após serem parafraseadas.)

8.3.Exemplo 2

8.3.1.Citação: Segundo Whiteley (1992, p.09), “Venda boas mercadorias com um lucro moderado, trate seus clientes como seres humanos, e eles sempre voltarão querendo mais”.

8.3.2.Paráfrase: Os clientes retornam quando são tratados como seres humanos na compra de boas mercadorias, conforme Whiteley (1992, p.09).

8.3.3.Importante: na Paráfrase só entram sobrenome, ano e página (quando houver). Vale ressaltar que quando o sobrenome vier fora dos parênteses, apenas a inicial é maiúscula. A ABNT completa irá para o capítulo das referências. No capítulo das Referências ficará assim: WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente:** do planejamento à ação. 21. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

8.4.Exemplo 3

8.4.1.Citação: “Conheça os seus clientes como sua própria família, satisfaça-os completamente, e você terá sucesso”. (WHITELEY, 1992, p.21).

8.4.2.Paráfrase: O sucesso será fruto da satisfação dos clientes quando tratados como membros familiares. (WHITELEY, 1992, p.21).

8.4.3.Importante: no capítulo “Referências”, a página não aparecerá.

8.5.Exemplo 4

8.5.1.Citação: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez- ou até a nos anteciparmos- a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

8.5.2.Paráfrase: De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

8.5.3.Importante: repare que, mesmo nos parágrafos das paráfrases, citam-se entre parênteses sobrenome em letras maiúsculas, ano e página; ou ainda, sobrenome fora dos parênteses com a inicial maiúscula e dentro dos parênteses citam-se ano e página. Vale ressaltar que quando a citação é indireta (paráfrase), citar a página é facultativo, porém, é muito bom mencionar para facilitar o aprofundamento do(a) leitor(a).

8.6.Exemplo 5 – citação direta longa

8.6.1.Citação: citação direta longa (não haverá alteração).

A citação direta longa a seguir não será parafraseada, devendo ter recuo de 4 cm da margem esquerda, fonte Arial tamanho 10, espaço entre linhas simples. O recuo elimina as aspas.

As organizações industriais, comerciais, governamentais, de serviços produzem produtos e realizam prestação de serviços com o objetivo de atender a expectativas / anseios / desejos de consumo de clientes / consumidores / usuários (GIL, 1994, p.23).

8.7.Exemplo 6

8.7.1.Citação: “A excelência do negócio, do ponto de vista financeiro, ocorre quando há desembolso mínimo de capital de investimento e de giro e obtemos a margem financeira máxima, de reembolso via esforços de administração do negócio” (GIL, 1994, p.24).

8.7.2.Paráfrase: No âmbito das finanças, se houver desembolso mínimo de capital investido e giro objetivando margem máxima de lucratividade ou reembolso mediante esforços, ter-se-á excelência do negócio (GIL, 1994, p.24).

8.7.3.Importante: no capítulo das Referências ficará assim: GIL, Antônio de Loureiro. **Auditoria da qualidade.** São Paulo: Atlas, 1994.

8.7.4.Resumindo: transforme sua pesquisa bibliográfica em texto autoral, usando as técnicas de paráfrase. Além disso, crie parágrafos autorais entre os artigos pesquisados, quando for necessário, para que o(a) leitor(a) do seu texto entenda seu texto.

8.8.Exemplo 7

8.8.1.Citação: “Entende-se, inclusive, que os Direitos dos Pacientes estejam inseridos no bojo dos Direitos Humanos (ALBUQUERQUE, 2016; ONU, 1948). Por sua vez, a Carta Magna outorga uma proteção extra aos grupos vulneráveis com intuito de colocá-los mais efetivamente e de buscar uma igualdade real entre todos os cidadãos brasileiros. É uma proteção que, pela própria lógica jurídica, permeia as demais normas infraconstitucionais.” (REGIS; GONÇALVES; SIQUEIRA, 2018).

8.8.2.Paráfrase: Já a Constituição Federal de 1988 outorga uma proteção extra aos grupos tido como vulneráveis na intenção de colocá-los com mais efetividade e de encontrar uma igualdade que seja real entre todos os ditos cidadãos brasileiros. Compreende-se que os Direitos dos Pacientes se insiram no corpo dos Direitos Humanos. Constitui uma proteção a qual, considerando-se lógica jurídica, permeia as demais regras infraconstitucionais (ALBUQUERQUE, 2016; ONU, 1948 *apud* REGIS; GONÇALVES; SIQUEIRA, 2018).

8.8.3.Importante: No texto a citação indireta (paráfrase) menciona outros autores. Trata-se de uma paráfrase de um artigo de 3 autores (Arthur H. P. Regis, Jonas Rodrigo Gonçalves e Marcus Vinicius Barbosa Siqueira), que não pode ser transformada em citação direta. Logo, terá que ser feita uma nova paráfrase e deverão ser mencionados os autores do artigo, bem como os autores por eles citados, gerando um *apud* (citado por). Observe como fica confuso o uso de *apud* para o(a) leitor(a). Por isso, a maioria das faculdades, tanto no Projeto de Pesquisa como nos demais Trabalhos de Curso, proíbe o uso de *apud*. Se fossem mais de três autores, seria o sobrenome do primeiro autor seguido de et al (SOBRENOME et al.), com a referência completa no capítulo de referências.

9.Fase 05: Citações no Sistema Autor-Data

No sistema *autor-data*, após a citação direta ou indireta (paráfrase), aparecerá entre parênteses o último sobrenome do autor em letras maiúsculas, o ano de publicação da obra e a página da qual foi extraída aquela citação. Exemplos:

9.1.Exemplos de citações no Sistema Autor-Data

Citação direta: “A excelência do negócio, do ponto de vista financeiro, ocorre quando há desembolso mínimo de capital de investimento e de giro e obtemos a margem financeira máxima, de reembolso via esforços de administração do negócio” (GIL, 1994, p.24).

Citação indireta (paráfrase): No âmbito das finanças, se houver desembolso mínimo de capital investido e giro objetivando margem máxima de lucratividade ou reembolso mediante esforços, ter-se-á excelência do negócio (GIL, 1994, p.24).

Se o sobrenome do autor aparecer fora dos parênteses, terá apenas a inicial maiúscula. Exemplos:

Citação direta: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez – ou até a nos anteciparmos – a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

Citação indireta (paráfrase): De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

Quando se tratar de paráfrase (citação indireta), pode-se omitir o número da página citada, mas mencionar o autor e o ano é obrigatório. No entanto, mencionar a página na citação indireta facilita a possibilidade de pesquisa aprofundada do(a) leitor(a).

Neste sistema, a referência bibliográfica completa aparecerá apenas no capítulo de *Referências*. Só serão permitidas as notas de rodapé de natureza explicativa (MEZZARROBA; MONTEIRO, 2008).

Não confunda com o sistema numérico. No sistema numérico, colocam-se as referências no rodapé ou mesmo no fim do trabalho, numeradas sequencialmente. Porém, no sistema *autor-data*, adotado pela maioria das faculdades, isso não pode acontecer. Ou seja, só podem existir notas de rodapé de natureza explicativa, que explicitem um termo mencionado no texto, o qual não mereça um parágrafo com sua explicação, pois isso atrapalharia o desenrolar do raciocínio.

As citações são normatizadas pela ABNT (NBR 10520). Servem para quando se quer transcrever o que um(a) autor(a) escreveu. Retomemos cada um dos tipos de citações.

9.2.Citação Direta

9.2.1.Citação Direta Curta: NBR 12256 (com menos de 3 linhas, ou seja, 1 ou 2 linhas) – deve ser feita na continuação do texto, entre aspas. Exemplo:

Gonçalves (2018, p.62) afirma: “O poder, no decorrer de toda a história humana, apresentou-se como forma de repressão.”

Gonçalves: autor da citação (letras maiúsculas quando dentro dos parênteses);

2018: o ano de publicação da obra deste autor na bibliografia;

p.62: refere-se ao número da página da qual foi tirada a citação.

9.2.2.Citação Direta Longa (com 3 linhas ou mais): há recuo de 4 cm da margem esquerda; o texto é em espaço simples (um), com a letra menor que a utilizada no texto e sem aspas (NBR 10520), ou seja, fonte tamanho 10. Exemplo:

O conceito de alteridade fundamenta a relação que permite ao outro respeitar o que se atribui a si, o que antropologicamente pode significar como um respeito ao outro em sua diversidade à medida que não se propõe qualquer possibilidade de etnocentrismo de posição ou de atitude. Sociologicamente, portanto, deve-se entender a alteridade como parte inerente ao processo das relações sociais, em todo o processo social. Percebendo-se como diversidade o fator de maior relevância em se pensando as partes na formação do todo, e, nesse sentido, do todo social, com grupos distintos, de pensamentos, língua, sexualidade, etnias diferenciadas. Cabe, portanto, às Ciências Sociais o posicionamento crítico que objetive questionar toda e qualquer possibilidade dogmática infundada cientificamente (GONÇALVES, 2018, p.62).

9.2.3.Citação de citação

É a citação feita por outro(a) pesquisador(a). Exemplo:

Alain Touraine (1990, p.215) diz que “os poderes autoritários têm a vontade de unificar culturalmente a sociedade para impor um controle absoluto a indivíduos e a grupos cujos interesses, opiniões e crenças são sempre diversos.” (*apud* GONÇALVES, 2018, p.65)

Observação: **apud** = citado por.

Importante: como na maioria das faculdades a orientação é não usar o *apud*, o ideal é que você vá às obras originais. Caso não consiga, localize no capítulo de Referências da obra consultada a ABNT completa do(a) autor(a) nela citado(a), procedendo da seguinte forma:

Alain Touraine (1990, p.215) diz que “os poderes autoritários têm a vontade de unificar culturalmente a sociedade para impor um controle absoluto a indivíduos e a grupos cujos interesses, opiniões e crenças são sempre diversos”.

E nas suas referências, faça a citação completa da obra citada: TOURAINE, Alain. **Iguais e diferentes:** poderemos viver juntos? São Paulo: Instituto Piaget, 1990.

9.2.4.Citação Indireta

É a citação de um texto, escrito por um outro autor, sem alterar as ideias originais. Ou então: eu reproduzo sem distorcer, com minhas próprias palavras, as ideias desenvolvidas por um outro autor. Pode ser chamada também de **paráfrase**. Exemplo:

Citação direta: Segundo Whiteley (1992, p.28), “De modo a compreendermos nossos clientes, temos de ir além de simples questionários. Precisamos penetrar nas vidas de nossos clientes, observá-los usando nosso produto ou serviço, descobrir suas aspirações e modos de vida, suas esperanças e seus temores. Desse modo, estaremos aptos a reagir com rapidez – ou até a nos anteciparmos – a necessidades críticas bem antes que eles próprios as percebam”.

Citação indireta (paráfrase): De acordo com Whiteley (1992, p.28), simples questionários devem ser superados, no que tange à compreensão dos clientes. As aspirações e modos de vida, bem como as esperanças e temores dos consumidores devem ser acessados pelos interessados na concretização da venda. Isso antecipará as necessidades críticas deles, tornando-nos aptos e rápidos nessa relação cliente-vendedor.

10.Fase 06: Elaboração do Capítulo de Referências

Elaboração de referências de fontes. As referências são feitas em fonte Arial ou Times New Roman; tamanho 12; espaço simples entre linhas; alinhadas à esquerda; classificadas em ordem alfabética, pulando uma linha entre uma referência e outra.

10.1.Referências de livros

a)Autor (ou coordenador, ou organizador, ou editor) – Escreve-se primeiro o sobrenome paterno do autor, em caixa alta, e, a seguir, o restante do nome, após uma separação por vírgulas. Exemplo: GONÇALVES, Jonas Rodrigo.

b)Título e subtítulo – O título deve ser realçado por negrito, itálico ou sublinhado. Atualmente tem-se optado pelo uso de itálico. Exemplo:

Gramática Didática e Interpretação de Textos: teoria e exercícios.

c)Número da edição (a partir da segunda edição) – Não se usa o sinal de decimal (^a). Exemplo: 17. ed.

d)Local da publicação – É o nome da CIDADE onde a obra foi editada e, após a referência de local, deve-se usar dois-pontos. Não se coloca estado ou país. Exemplo: Brasília:

e)Editora – Só se coloca o nome da editora. Não se coloca a palavra Editora, Ltda., ou S.A. etc. Por exemplo: da Editora Ática Ltda., colocar-se-ia apenas Ática. Exemplo: JRG

f)Ano da publicação – É o ano em que a obra foi editada. Exemplo: 2015.

g)Número de volumes (se houver).

h)Paginação – Quantidade de páginas da obra (facultativo).

i)Nome da série, número da publicação na série (entre parênteses). Observações: O alinhamento deve estar todo à esquerda na referências.

Em obras avulsas são usadas as seguintes abreviaturas:

org. ou **orgs.** = organizador(es)

ed. Ou **eds.** = editor(es)

coord. Ou **coords.** = coordenador(es)

Exemplos completos:

10.1.1.Autor pessoa física

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Gramática Didática e Interpretação de Textos:** teoria e exercícios. 17.ed. Brasília: JRG, 2015.

10.1.2.Até três autores

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; KIMURA, Cristilene Akiko; SILVA, Keylla Dennyse Celestino da (coords.). **Discussões relevantes na pesquisa contábil.** Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2018.

10.1.3.Mais de três autores

OLIVEIRA, Armando Serafim et al. **Introdução ao pensamento filosófico.** 3. Ed. São Paulo: Loyola, 1985. 211 p.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1989. 287 p.

Observação: **et al.** (*et alli*) quer dizer **e outros.**

10.1.4.Repetição de nome do autor

Ex.1:GONÇALVES, Jonas Rodrigo (coord.). **Avaliação Geral de desempenho do acadêmico.** Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

_____. **Odontologia e Mercado de Trabalho:** tópicos de atuação profissional. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

Observação: quando o autor é repetido, seu nome completo deve ser substituído por um traço (equivalente a seis espaços) e um ponto. Caso haja mudança de página, o

nome do autor volta a ser digitado por extenso. Digita-se também por extenso se o autor referenciado anteriormente for coautor da obra seguinte. Exemplos:

Ex.2:GONÇALVES, Jonas Rodrigo (coord.). **Avaliação Geral de desempenho do acadêmico**. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

_____. **Odontologia e Mercado de Trabalho**: tópicos de atuação profissional. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2017.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; FUNGHETTO, Suzana Schwerz; KIMURA, Cristilene Akiko (coords.). **Regulamento da Brinquedoteca do curso de Licenciatura em Pedagogia**. Valparaíso de Goiás: Sena Aires, 2018.

10.1.5.Sem nome do autor

O pensamento vivo de Nietzsche. São Paulo: Martin Claret, 1991. 110 p.

10.2.Dissertação / Tese

BELLO, José Luiz de Paiva. **Lauro de Oliveira Lima**: um educador brasileiro. Vitória, 1995. 210 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE, Universidade Federal do Espírito Santo, 1995.

10.3.Autor corporativo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Programa de Pós-Graduação em Educação / PPGE-UFES. **Avaliação educacional**: necessidades e tendências. Vitória, PPGE/UFES, 1984. 143 p.

10.4.Referência de parte de uma obra

a)O autor do capítulo citado é também autor da obra

LIMA, Lauro de Oliveira. Ativação dos processos didáticos na escola secundária. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1976. Cap. 12, p. 213-234. **A escola secundária moderna**: organização, métodos e processos.

b)O autor do capítulo citado não é o autor da obra

HORTA, José Silvério Baía. Planejamento educacional. MENDES, Dumerval Trigueiro (org.). **Filosofia da Educação Brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. P.195.

10.5.Artigos de Revistas ou Jornais

- a) Autor(es) do artigo:
- b) Título do artigo:
- c) Título da revista: **negrito** ou *itálico*
- d) Local da publicação:
- e) Editor:
- f) Indicação do volume:
- g) Indicação do número ou fascículo:
- h) Indicação de página inicial e final do artigo:
- i) Data:

Exemplos:

10.5.1.Artigo de um autor

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A lógica do poder, a heteronormatividade e o racismo: o epistemicídio e a subalternidade como estratégias de repressão e de vulnerabilidade. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

10.5.2.Artigo com até três autores

REGIS, Arthur H. P.; GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. Da necessidade de políticas públicas brasileiras efetivas para os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

10.5.3.Artigo com mais de três autores

GONÇALVES, Jonas Rodrigo et al. Laboratório de estrutura da dissertação técnica em sala de aula sobre violência no campo. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.1, 2018.

10.5.4.Artigo não assinado (sem nome de autor)

A ENERGIA dual indígena no mundo dos Aymara (Andes do Peru e Bolívia).

Mensagem, Belém, n. 63, p. 35-37, abr./maio/jun., 1990.

Obs.: escreve-se em maiúscula até a primeira palavra significativa do título.

10.5.5.Artigo de jornal assinado

DINIZ, Leila. Leila Diniz, uma mulher solar. Entrevista concedida ao Pasquim.

Almanaque Pasquim, Rio de Janeiro, n. especial, p. 10-17, jul. 1982.

10.5.6.Artigo de jornal não assinado (sem nome de autor)

MULHERES têm que seguir código rígido. *O Globo*, Rio de Janeiro, 1 caderno, p. 40, 31 jan. 1993.

Obs.: a referência de mês é reduzida a apenas três letras e um ponto. O mês de janeiro ficaria sendo jan., o de fevereiro fev. etc., com exceção do mês de maio que se escreve com todas as letras (maio) e sem o ponto (veja o exemplo em artigo não assinado).

10.6.Publicações Periódicas

10.6.1.Coleções inteiras

EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS. São Paulo: Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1956-.

Obs.: todas as revistas sob este título foram consultadas.

10.6.2.Somente uma parte de uma coleção

FORUM EDUCACIONAL. Teorias da aprendizagem. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v.13, n.1/2, fev./maio 1989.

Obs.: esta citação indica que a revista inteira foi consultada.

10.7.Decretos-Leis, Portarias etc.

BRASIL. Decreto 93.935, de 15 de janeiro de 1987. Promulga a convenção sobre conservação dos recursos vivos marinhos antárticos. **Diário Oficial** (da República Federativa do Brasil), Brasília, v. 125, n. 9, p. 793-799, 16 de jan.1987.Seção 1,pt. 1.

10.8.Pareceres, Resoluções etc.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Parecer n. 1.406 de 5 out. 1979. Consulta sobre o plano de aperfeiçoamento médico a cargo do Hospital dos Servidores de São Paulo. Relator: Antônio Paes de Carvalho. **Documenta**, n. 227, p. 217-220, out. 1979.

10.9.Trabalho publicado em anais de congresso e outros eventos

CHAVES, Antônio. Publicação, reprodução, execução: direitos autorais. In:

Congresso Brasileiro de Publicações, 1., São Paulo, 5 a 10 de jul. 1981. **Anais do I Congresso de Publicações**. São Paulo: FEBAP, 1981. P. 11-29.

10.10.Anais de congresso no todo

SEMINÁRIO DO PROJETO EDUCAÇÃO, 5., 24 out. 1996, Rio de Janeiro. **Anais do V Seminário do Projeto Educação**. Rio de Janeiro: Fórum de Ciência e Cultura-UFRJ, 1996.

10.11.Obras de referência

10.11.1.Dicionário

Educação. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

10.11.2.Enciclopédia

Divórcio. **Enciclopédia Saraiva de Direito**. São Paulo: Saraiva, 1977. V. 29, p. 107-162.

10.11.3. Anuário

Matrícula nos cursos de graduação em universidades e estabelecimentos isolados, por áreas de ensino, segundo as universidades da Federação – 1978-80. In: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1982. Seção 2, cap. 17, p. 230: Ensino.

10.12. Internet

SOBRENOME, Nome do Autor. Título do artigo ou da página. **Nome do sítio**. Acesso em: . Disponível em: <colocar aqui o atalho da íntegra do sítio ou da página>.

BELLO, José Luiz de Paiva. Estrutura e apresentação do trabalho. **Pedagogia em Foco**. Acesso em: 21 fev. 2004. Disponível em:

<<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met07.htm>>.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Resumo, Resenha e Síntese. **Grupo de estudos do Prof. Jonas Rodrigo**. Acesso em: 13 ago. 2008. Disponível em

<<http://br.groups.yahoo.com/group/professorjonas/0501/sinteseresumo/resenha.doc>>.

Repare que a data aparece assim: dois dígitos para o dia + abreviação do nome do mês com três letras seguida de ponto final (exceto “maio”, que deve ser escrito sem abreviações nem ponto) + ano seguido de ponto.

A colocação da data de acesso é uma segurança do pesquisador, pois, caso o sítio retire o conteúdo utilizado no trabalho acadêmico, a data de acesso servirá como prova a ser investigada de que havia aquele determinado conteúdo publicado naquele respectivo sítio.

Para simplificar seu entendimento sobre esse tipo de referência tão utilizado na atualidade, pense no sítio virtual como um livro (daí seu título em destaque) e na página ou artigo extraídos do sítio como capítulos.

10.13. Imagem em Movimento

CIDADE de Deus. Direção: Fernando Meirelles. Produção: Andréa Barata Ribeiro e Maurício Andrade Ramos. Intérpretes: Matheus Nachtergaele; Alexandre Rodrigues; Leandro Firmino da Hora; Jonathan Haagensen; Phellipe Haagensen; Douglas Silva; Daniel Zettel; Seu Jorge. Roteiro: Bráulio Mantovani. [S.l.]: 02 Filmes; Videofilmes “Cidade de Deus”, 2003. 1 CD (130 min), son., color.; DVD.

A MISSÃO. Direção: Roland Joffé. Produção: David Putnam. Intérpretes: Jeremy Irons; Robert de Niro; Liam Neeson; Aidan Quinn. Roteiro: Robert Bold. Trilha sonora: Ennio Morricone. [S.l.]: Goldcrest Films, 1986. 1 DVD (121 min), son., color.

10.14. Mídia eletrônica

BURGIERMAN, Denis Russo. O outro lado do Nobel. **Super Interessante**. N. 171, p. 51-55, São Paulo: Abril, dez. 2001. Disco 6, 1 CD-ROM.

Importante: mesmo já tendo sido explicado, é sempre bom ressaltar que as referências são feitas no sistema *autor-data* sem numeração sequencial, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, em espaço simples entre linhas, em fonte tamanho 12, pulando uma linha entre uma e outra referência.

11. Fase 07: Elaboração do Problema

O problema é a mola propulsora de todo o trabalho de pesquisa. Depois de definido o tema, levanta-se uma questão para ser respondida através de uma hipótese, que será confirmada ou negada através do trabalho de pesquisa. O problema é criado pelo(a) próprio(a) autor(a) e relacionado ao tema escolhido.

O(a) autor(a), no caso, criará um questionamento para definir a abrangência de sua pesquisa. Não há regras para se criar um problema, mas é essencial que ele seja expresso em forma de pergunta.

11.1.Exemplo 1

Tema: A educação da mulher: a perpetuação da injustiça.

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

O problema é o seu tema em forma de pergunta. Ou seja, a pergunta que a sua pesquisa quer responder.

11.2.Exemplo 2

Tema: A nova legislação para o empregado doméstico.

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

11.3.Exemplo 3

Tema: As mulheres do Agronegócio.

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

12.Fase 08: Elaboração da Hipótese

Hipótese é sinônimo de suposição. Nesse sentido, hipótese é uma afirmação categórica (uma suposição), que tente responder ao problema levantado no tema escolhido para pesquisa. É uma pré-solução para o problema levantado. O trabalho de pesquisa, então, irá confirmar ou negar a hipótese (ou suposição) levantada.

12.1.Exemplo 1

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A sociedade patriarcal, representada pela força masculina, exclui as mulheres dos processos decisórios.

12.2.Exemplo 2

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A mulher é tratada com submissão pela sociedade.

(ou seja, no exemplo 2, a hipótese apenas afirmou o problema)

12.3.Exemplo 3

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

Hipótese: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

(ou seja, no exemplo 3, a hipótese apenas afirmou o problema)

12.4.Exemplo 4

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

Hipótese: As mulheres do Agronegócio **não** estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

(ou seja, no exemplo 4, a hipótese apenas negou o problema)

13.Fase 09: Elaboração dos Objetivos (Geral e Específicos)

A definição dos objetivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Objetivo é sinônimo de meta, fim.

Alguns autores separam os objetivos em Objetivo Geral e Objetivos Específicos, mas não há regra a ser cumprida quanto a isso e outros autores consideram desnecessário dividir os objetivos em categorias.

Um macete para se definir os objetivos é colocá-los começando com o verbo no infinitivo: esclarecer tal coisa; definir tal assunto; procurar aquilo; permitir isso, demonstrar alguma coisa etc.

Aqui acompanharemos os(as) principais metodólogos(as) que orientam a separação entre Objetivo Geral e Objetivos Específicos. Nesse sentido, observe a orientação de como elaborar cada objetivo de seu trabalho. Os objetivos começam com verbos na forma nominal do infinitivo (terminações em -ar, -er, -ir), logo, não se esqueça de seguir essa instrução. Não repita verbos no infinitivo, ou seja, cada objetivo (geral e específicos) começará com um verbo no infinitivo diferente dos demais objetivos.

13.1.Objetivo Geral

Em relação ao Objetivo Geral, ele tem relação direta com o seu tema e com o problema central do seu trabalho. Nesse sentido, geralmente se acrescenta um verbo no infinitivo à frente do tema, ou do problema, ou até da hipótese.

13.1.1.Exemplo 1

Tema: A educação da mulher: a perpetuação da injustiça.

Problema: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Hipótese: A mulher é tratada com submissão pela sociedade?

Objetivo Geral: Analisar se mulher é tratada com submissão pela sociedade.

13.1.2.Exemplo 2

Tema: A nova legislação para o empregado doméstico.

Problema: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico?

Hipótese: A nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

Objetivo Geral: Analisar se a nova legislação contribuiu positivamente para o empregado doméstico.

13.1.3.Exemplo 3

Tema: As mulheres do Agronegócio.

Problema: As mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor?

Hipótese: As mulheres do Agronegócio **não** estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

Objetivo Geral: Analisar se as mulheres do Agronegócio estão em condições de igualdade com os homens do mesmo setor.

Observe que, nos três exemplos, foi usado propositalmente o mesmo verbo no infinitivo “analisar”. Porque são temas e trabalhos diferentes. O que não pode ter repetição é dentro de cada tema, isto é, seus objetivos específicos devem começar com verbos diferentes do verbo usado no objetivo geral. Logo, se houve três objetivos específicos, além do objetivo geral, o(a) autor(a) usará quatro verbos no infinitivo diferentes.

13.2.Objetivos Específicos

Os Objetivos Específicos constituem um desmembramento do Objetivo Geral. Ou seja, o(a) autor(a) deve pensar em como pode subdividir o Objetivo Geral em metas que seu trabalho pretende alcançar.

Os Objetivos Específicos gerarão os capítulos do seu trabalho acadêmico. Independentemente de você estar fazendo uma monografia, uma dissertação de mestrado, uma tese de doutorado, um artigo científico, um artigo de revisão de literatura, ou qualquer outro tipo de trabalho de conclusão de curso, saiba que a quantidade de objetivos específicos determinará a quantidade de capítulos do desenvolvimento do seu trabalho científico ou acadêmico.

Usar três objetivos específicos, além do Objetivo Geral, é uma boa quantidade para um trabalho acadêmico ou científico, sendo a quantidade ideal para um artigo de

revisão. A diferença se dará no desenvolvimento do trabalho de acordo com sua tipologia, que pedirá mais ou menos páginas por capítulo.

13.2.1.Exemplo 1

Tema: O crescimento da violência no trânsito.

Objetivo Geral: Analisar o crescimento da violência no trânsito.

Objetivos Específicos:

- 1.Listar as situações de imprudência do(a) motorista.
- 2.Discutir acerca da má formação dos(as) condutores(as).
- 3.Investigar os acidentes e as mortes no trânsito.

Capítulos do Desenvolvimento:

Capítulo 1: Imprudência do(a) motorista.

Capítulo 2: Má formação dos(as) condutores(as).

Capítulo 3: Acidentes e mortes no trânsito.

13.2.2.Exemplo 2

Tema: A relação da humanidade com o aquecimento global do planeta.

Objetivo Geral: Analisar relação da humanidade com o aquecimento global do planeta.

Objetivos Específicos:

- 1.Listar as situações de desmatamento.
- 2.Discutir acerca da poluição e do Efeito-estufa.
- 3.Investigar os desastres naturais.

Capítulos do Desenvolvimento:

Capítulo 1: Desmatamento.

Capítulo 2: Poluição e Efeito-estufa.

Capítulo 3: Desastres naturais.

14.Fase 10: Introdução do Artigo de Revisão de Literatura

A Introdução do trabalho acadêmico é responsável por dar uma visão geral acerca da pesquisa que foi realizada. Para facilitar, sugiro a organização a seguir, para que os elementos essenciais que devem compor o capítulo introdutório não fiquem de fora. No entanto, cabe ao professor orientador direcionar seu orientando na elaboração deste e de outros componentes do trabalho monográfico, estando livre para alterar a ordem ou mesmo o teor de minha sugestão a seguir. Lembre-se dos tempos verbais a serem utilizados: verbos no presente na introdução; verbos no passado nas considerações finais (GONÇALVES, 2015).

Como este artigo tem por objetivo ensinar a fazer a introdução de um Artigo de Revisão de Literatura, todos os verbos deverão estar no futuro do indicativo.

14.1.Primeiro parágrafo da Introdução

No primeiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases verbais com a apresentação do assunto, delimitando o seu tema de pesquisa. Frase verbal é aquilo que tem sentido completo: possui sujeito, verbo e complemento, e termina com ponto-final. Logo, todo parágrafo terá dois pontos-finais no mínimo, já que o conceito de parágrafo é conjunto de frases. Lembre-se de que você utilizará verbos no futuro presente do indicativo em toda a introdução do seu artigo científico. Todos os verbos da introdução do artigo precisam estar no Presente do Indicativo.

14.2.Segundo parágrafo da Introdução

No segundo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o seu tema. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.3.Terceiro parágrafo da Introdução

No terceiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com o problema central do artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: este artigo se propõe a responder ao seguinte problema “coloque aqui a pergunta principal, terminando-a com interrogação [?]”. Em seguida, faça uma paráfrase da sua primeira frase, apresentando o problema de forma afirmativa.

14.4.Quarto parágrafo da Introdução

No quarto parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o problema central da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.5.Quinto parágrafo da Introdução

No quinto parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com a hipótese do seu artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: A hipótese levanta frente ao problema em questão foi “coloque aqui a hipótese”. Em seguida, faça uma paráfrase da sua primeira frase, apresentando novamente a hipótese com outras palavras.

14.6.Sexto parágrafo da Introdução

No sexto parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar a hipótese da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.7.Sétimo parágrafo da Introdução

No sétimo parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com o objetivo geral do seu artigo. A primeira frase pode ser bem objetiva, como, por exemplo: O Objetivo Geral deste trabalho é “coloque aqui o Objetivo Geral”. Em seguida, explore na segunda frase o seu objetivo geral, o que pretende descobrir por meio dele.

14.8.Oitavo parágrafo da Introdução

No oitavo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar o objetivo geral da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.9.Nono parágrafo da Introdução

No nono parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com os objetivos específicos do seu artigo. Apresente os objetivos específicos de maneira pontual, como, por exemplo: Os Objetivos Específicos deste trabalho são “coloque aqui os Objetivos Específicos”. Caso queira, também pode apresentar cada um dos objetivos específicos em uma frase verbal deste parágrafo.

14.10.Décimo parágrafo da Introdução

No décimo parágrafo, você colocará uma paráfrase de um dos parágrafos dos textos originais selecionados que sirva para elucidar os objetivos específicos da sua pesquisa. Não se esqueça de colocar entre parênteses, ao final do parágrafo, o sobrenome, o ano e a página de onde se extraiu a citação. No capítulo das referências, faça a referência completa.

14.11.Décimo primeiro parágrafo da Introdução

No décimo primeiro parágrafo, você colocará a primeira parte da Justificativa: A importância desta pesquisa para você (mas faça de uma maneira impessoal), isto

é, o que esta pesquisa contribui numa esfera particular. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

14.12. Décimo segundo parágrafo da Introdução

No décimo segundo parágrafo, você colocará a segunda parte da Justificativa: A importância desta pesquisa para a ciência, ou seja, o que a ciência ganha com seu trabalho. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

14.13. Décimo terceiro parágrafo da Introdução

No décimo terceiro parágrafo, você colocará a terceira parte da Justificativa: A importância desta pesquisa para a sociedade, isto é, com o que o seu trabalho contribui com a sociedade. Aborde essa importância em pelo menos duas frases verbais.

14.14. Décimo quarto parágrafo da Introdução

No décimo quarto parágrafo, você colocará a primeira parte da Metodologia: Faça um parágrafo com a explicação do tipo de pesquisa (abordado neste capítulo). Faça a explicação do instrumental utilizado (questionário, entrevista etc.), ou artigos científicos e/ou livros, no caso de revisão de literatura. Diga qual o tempo gasto para fazer a pesquisa, tanto para aplicação do instrumental primário (quando houver), como para leitura dos textos originais (artigos e/ou livros), bem como seleção dos trechos e paráfrases.

14.15. Décimo quinto parágrafo da Introdução

No décimo quinto parágrafo, você colocará a segunda parte da Metodologia. Explique se a pesquisa é qualitativa (revisão de literatura ou tratamento das informações coletadas) ou quantitativa (aplicação de questionários com tabulação dos dados). Diga quais as referências desta metodologia, isto é, faça uma paráfrase de parágrafo de livro de metodologia que explique a metodologia escolhida por você (por exemplo, pesquisa qualitativa, revisão de literatura etc.). Para fazer este décimo quinto e último parágrafo da Introdução, sugiro parafrasear um trecho sobre metodologia de uma das obras a seguir, não se esquecendo de colocar entre parênteses SOBRENOME, ano e página, bem como colocar na íntegra a referência completa (ABNT) de pelo menos duas obras de metodologia utilizadas:

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Monografia**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa**. Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 7. Ed. Brasília: JRG, 2015.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019.

15. Fase 13: Resumo

Também conhecido como Resumo em Língua Vernácula, é um texto conciso que apresente o resumo do trabalho. É item obrigatório da monografia (ou TCC, ou Artigo etc.) por sua relevância. Não há recuo de parágrafo.

Para Serra Negra (2004), “deve dar uma visão rápida e clara do conteúdo e das conclusões do trabalho; constitui-se em uma sequência de frases concisas e objetivas e não de uma simples enumeração de tópicos”.

Para elaborar o resumo do seu artigo, você colocará uma frase dos seguintes parágrafos de sua introdução: 1, 3, 5, 7, 9. Em seguida, junte os parágrafos 11, 12 e 13 em uma única frase. Por fim, junte os parágrafos 13 e 14 em uma única frase (retirando a paráfrase). Tudo isso formando um único parágrafo. Ou seja, cada um desses parágrafos da introdução deverá ser resumido em uma frase curta com cerca de uma linha. Convém ressaltar que aqui consideramos frase como frase verbal, ou seja, possui sentido completo, contendo: sujeito + verbo + complemento.

Nesse sentido, seu resumo terá sete frases curtas compondo um único parágrafo: tema na primeira frase; problema na segunda frase; hipótese na terceira frase; objetivo geral na quarta frase; objetivos específicos na quinta frase; justificativa na sexta frase; metodologia na sétima frase.

A ABNT permite o máximo de dez linhas para monografia de graduação, TCC, artigo. Extensões do resumo: até 100 palavras para notas e comunicações breves; até 250 palavras para monografias e trabalhos; até 500 palavras para relatórios e teses. Como se trata de um Artigo de Revisão de Literatura, faça resumo com no máximo dez linhas, com até 200 palavras.

Observe um esqueleto de resumo, já com o que deve ter em cada uma das suas sete frases, mas você pode mudar os trechos, desde que diga a mesma coisa. Atente à pontuação, que está correta no exemplo abaixo. Como presente, ofereço a última frase completa do resumo, a qual considero a mais complexa de ser elaborada com concisão e coesão. Importante: o resumo é feito em fonte tamanho 12, mas com espaço entre linhas simples.

15.1.Exemplo Didático de Resumo de Artigo de Revisão de Literatura

O tema deste artigo é <coloque aqui o tema do seu artigo>. Investigou-se o seguinte problema: “Coloque aqui a pergunta que corresponde ao problema da sua pesquisa?”. Cogitou-se a seguinte hipótese “coloque aqui entre aspas a sua hipótese”. O objetivo geral é “coloque aqui o objetivo geral”. Os objetivos específicos são: “coloque o primeiro objetivo específico”; “coloque o segundo objetivo específico”; “coloque o terceiro objetivo específico”. Este trabalho é importante em uma perspectiva individual devido a < citar a importância para você >; para a ciência, é relevante por < cite o que a ciência ganha com seu trabalho >; agrega à sociedade pelo fato de < cite a importância do seu trabalho para a sociedade >. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

16.Fase 14: Palavras-Chave

Para Serra Negra (2004), “Logo abaixo do resumo, deverão constar as palavras representativas do conteúdo do trabalho, isto é, palavras-chave e/ou descritores”.

Escreva de três a cinco palavras que sintetizem seu artigo, os termos principais que representem o tema abordado. Elas serão separadas por ponto-final. É muito importante refletir bem sobre as palavras-chave escolhidas, pois esses descritores servirão para você conseguir localizar os artigos científicos nas bases de dados, os quais comporão a base teórica do seu trabalho.

Pula-se uma linha após o resumo e colocam-se as palavras-chave com a seguinte formatação:

16.1.Palavras-chave: Palavra 1. Palavra 2. Palavra 3. Palavra 4. Palavra 5.

17.Fase 15: Abstract

O resumo em língua estrangeira é elemento obrigatório do trabalho monográfico. Trata-se da tradução do resumo em língua vernácula para idioma de divulgação internacional, permitindo o intercâmbio com entidades e pesquisadores

estrangeiros. É muito importante na atualidade, com a publicação de revistas eletrônicas, pois podem ser acessados os trabalhos por vários países, a partir da busca em outro idioma que localize o *Abstract*.

Traduza o seu resumo para a Língua Inglesa. Você pode usar tradutores online como o Google Tradutor, em último caso. Mas o ideal é fazer a correta tradução para o inglês, ou então contratar um(a) tradutor(a). Vale lembrar que uma lauda traduzida por um(a) profissional(a) custa em média entre dez e vinte reais. Não há recuo de parágrafo, e, assim como o resumo, o espaço entre linhas é simples, com fonte tamanho 12. Por ser um texto em inglês, geralmente os periódicos colocam-no em itálico, por isso acompanharemos tal formatação comum à comunidade acadêmica.

17.1.Exemplo Didático de Abstract de Artigo de Revisão de Literatura

The theme of this article is <insert here the theme of your article>. The following problem was investigated: "Put here the question that corresponds to the problem of your research?". The following hypothesis was hypothesized: "put your hypothesis in quotation marks". The overall goal is to "put the overall goal here". The specific objectives are: "put the first specific goal"; "Place the second specific goal"; "Put the third specific goal". This work is important from an individual perspective due to <quote importance to you>; for science, is relevant because it <put what science gains from its work>; adds to society by <put the importance of his work for society>. This is a theoretical qualitative research lasting six months.

18.Fase 16: Keywords

Correspondem a *palavras-chave*: no inglês *Keywords*, no francês *Parole Chef*, no espanhol *Palabra-clave* (SERRA NEGRA, 2004).

Keywords são as palavras-chave que aparecem logo após o resumo traduzidas, geralmente para o inglês. Ou seja, traduza suas palavras-chave para a Língua Inglesa. Assim como as palavras-chave, *Keywords* também aparecem separados por ponto-final. Por ser um texto em inglês, geralmente os periódicos colocam-no em itálico, por isso acompanharemos tal formatação comum à comunidade acadêmica.

Pula-se uma linha após o *Abstract* e colocam-se as *keywords* com a seguinte formatação:

18.1.Keywords: *Word 1. Word 2. Word 3. Word 4. Word 5.*

19.Fase 17: Considerações Finais

Após o desenvolvimento, você deverá fazer um capítulo com a sua conclusão, hoje denominada "Considerações Finais". Precisar ser impessoal, confrontando autores(as). Aqui neste capítulo você pode manifestar se teve suas pretensões almejadas, se você conseguiu atingir ou não os seus objetivos com seu trabalho.

Apresente uma visão geral do tema, caminhos para continuação da pesquisa por outros(as) pesquisadores(as), observações solucionadoras para a problemática refletida no texto. Não deve ser longo este capítulo. Antigamente este capítulo se chamava "Conclusão". É aqui nas Considerações Finais que aparecem os Resultados de sua pesquisa.

A Introdução auxilia muito na montagem das Considerações Finais. A diferença é que a Introdução usa verbos no presente do indicativo, já o capítulo das Considerações Finais traz os verbos no pretérito perfeito do indicativo (passado acabado, finalizado). Seguem as orientações do que deve compor cada parágrafo das Considerações Finais.

Aqui no primeiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases verbais com a retomada geral do assunto e com o tema do artigo. Frase é aquilo que tem sentido completo e termina com ponto final. Convém ressaltar que a introdução usa verbos no presente do indicativo; já o capítulo das considerações finais, usará verbos no pretérito perfeito do indicativo.

Aqui no segundo parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com problema central e a hipótese do seu artigo. Problema é a pergunta que seu artigo quer responder, por exemplo, existe evolução da tecnologia na educação? Hipótese é seu problema afirmado ou negado, por exemplo, acredita-se que existe evolução da tecnologia na educação. Não se esqueça de fazer paráfrase das frases de sua introdução. Ou seja, reescreva-as com outras palavras, trocando o tempo verbal para pretérito perfeito do indicativo.

Aqui no terceiro parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com os objetivos do seu artigo: objetivo geral e objetivos específicos. O objetivo geral é o que seu artigo quer provar como um todo, por exemplo, analisar a evolução da tecnologia na educação. Os objetivos específicos são desmembramentos do objetivo geral. Não se esqueça de fazer paráfrase das frases de sua introdução. Ou seja, reescreva com outras palavras, trocando o tempo verbal para pretérito perfeito do indicativo.

Aqui no quarto parágrafo, você colocará pelo menos duas frases com a justificativa. A justificativa é composta por três frases: a importância da pesquisa para os(as) autores(as); para a ciência; para a sociedade. Não se esqueça de fazer paráfrase das frases de sua introdução. Ou seja, reescreva com outras palavras, trocando o tempo verbal para pretérito perfeito do indicativo.

Aqui no quinto parágrafo, você colocará pelo menos duas frases para falar dos resultados que sua pesquisa conseguiu, ou ainda, a quais conclusões você chegou, usando o tempo verbal para pretérito perfeito do indicativo. Logo, suas considerações finais terão, no mínimo, 5 parágrafos. Pois os resultados podem ocupar mais do que um parágrafo.

20.Fase 13: Anexos e Apêndices

Os anexos e os apêndices são elementos tão importantes quanto o próprio trabalho acadêmico. Pois eles servem para comprovar as informações contidas na pesquisa realizada, constituindo-se como documentos comprobatórios, importantes à instituição, aos órgãos de fomento (quando for o caso), ao(à) próprio(a) pesquisador(a).

Eles precisam ser mencionados no sumário do trabalho científico na seguinte ordem: os apêndices devem aparecer depois das referências; já os anexos devem aparecer depois dos apêndices.

Os apêndices são documentos, ou instrumentos, elaborados pelo(a) próprio(a) autor(a) do trabalho acadêmico. Por exemplo, um questionário que será aplicado em entrevistas, ou mesmo uma planilha contendo os artigos utilizados num trabalho de revisão de literatura, ou ainda a colcha de retalhos.

Os anexos são textos, documentos ou instrumentos, os quais não foram elaborados pelo(a) autor(a) do trabalho, utilizados para auxiliar ou complementar a pesquisa. Por exemplo, o resultado do farejador de plágio, os artigos originais utilizados, a planilha de avaliação do Artigo de Revisão de Literatura etc.

Na maior parte das faculdades, após o capítulo das referências, obrigatoriamente você colocará os seguintes apêndices e anexos:

1. colcha de retalhos, com trechos extraídos na íntegra dos artigos originais, antes das paráfrases, com parênteses em cada parágrafo contendo sobrenome, ano e página;
2. artigos originais completos e/ou trechos dos livros utilizados na pesquisa;
3. resultado do farejador de plágio emitido pela secretaria de coordenação do curso de Direito que ateste pelo menos 75% de texto autoral;
4. planilha de avaliação do Artigo de Revisão de Literatura.

Importante: todos esses anexos irão compor o Trabalho de Curso, por isso, após a devolução do projeto corrigido contendo os apêndices e os anexos, guardes-os, pois serão reutilizados.

21.Fase 14: Montagem completa do Artigo de Revisão de Literatura

Na maior parte das faculdades, o Artigo de Revisão de Literatura será composto pelos seguintes elementos: capa; folha de rosto; planilha de notas; sumário; resumo, palavras-chave; *abstract, keywords*; introdução [contendo tema; problema; hipótese; objetivos (geral e específicos); justificativa; metodologia]; revisão de literatura (desenvolvimento do artigo, que pode ser desmembrado em capítulos); considerações finais; referências; anexos e apêndices.

Para montar o seu Artigo de Revisão de Literatura, siga atentamente a todas as fases explicadas anteriormente. Muito importante, faça cada fase na ordem aqui sugerida, pensada para dar maior fluidez e organização.

Referências

BELLO, José Luiz de Paiva. Estrutura e apresentação do trabalho. **Pedagogia em Foco**. Acesso em: 21 fev. 2004. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met07.htm>>.

GALLIANO, A. Guilherme. **O método científico**: teoria e prática. São Paulo: Harbra, 1986.

GIL, Antônio de Loureiro. **Auditoria da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A lógica do poder, a heteronormatividade e o racismo: o epistemicídio e a subalternidade como estratégias de repressão e de vulnerabilidade. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019a.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019b.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Monografia**. Brasília: Processus, 2019c.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa**. Brasília: Processus, 2019d.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 7. Ed. Brasília: JRG, 2015.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica**. 8. ed. Brasília: JRG, 2019e.

MEZZAROBA, Orides, MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

REGIS, Arthur H. P.; GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. Da necessidade de políticas públicas brasileiras efetivas para os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano I, Volume I, n.2, 2018.

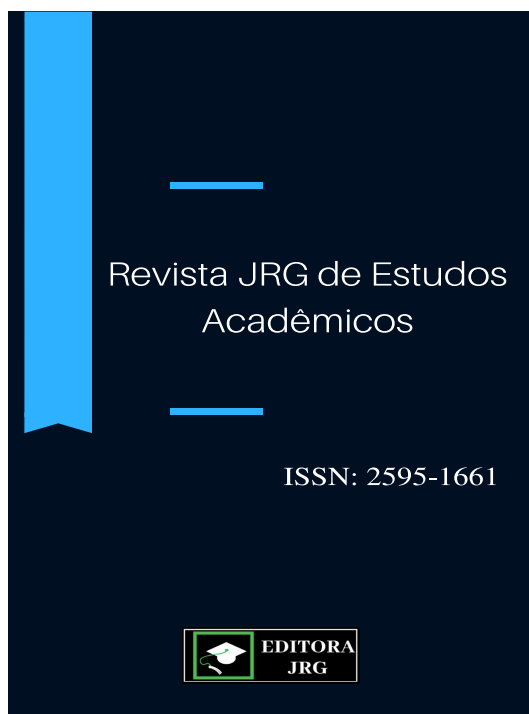
TOURAINÉ, Alain. **Iguais e diferentes: poderemos viver juntos?** São Paulo: Instituto Piaget, 1990.

WHITELEY, Richard C. **A empresa totalmente voltada para o cliente: do planejamento à ação**. 21. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992.

UOL, Brasil Escola. **Domínios Morfoclimáticos**. Acesso em: 25 abr. 2019.
Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/dominios-morfoclimaticos.htm>>.

Como citar este artigo:

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo Gonçalves

A ESQUIZOFRENIA ASSOCIADA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH CHEMICAL DEPENDENCE

*Barbara Samara Chaves Trindade¹
Me. Walquiria Lene dos Santos²
Dra. Maria Liz Cunha de Oliveira³*

Resumo

Segundo a OMS até o ano de 2014, 26 milhões de pessoas foram diagnosticadas com esquizofrenia no mundo. No Brasil o dado mais recente divulgado é do ano de 2013 no qual o protocolo e diretrizes terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde Brasileira, descreve que transtornos esquizofrênicos afetam cerca de 0,6% da população sofrendo variação de 0,6% a 3%, a depender dos critérios diagnósticos utilizados. O objetivo geral deste estudo foi compreender de acordo com a pesquisa integrativa o conceito de transtorno esquizofrênico associado a dependência química. Os objetivos específicos foram conhecer o gerenciamento do tratamento assertivo com os pacientes portadores de esquizofrenia, por parte dos profissionais de saúde e analisar estratégias eficientes para diminuição dos estigmas e preconceitos sobre a doença. O levantamento bibliográfico foi por meio dos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PUBMED. Para o levantamento dos artigos, utilizou-

¹ Estudante de Psicologia da Universidade Católica de Brasília.

² Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Integrante do Núcleo Docente Estruturante (NDE), Integrante do Comitê de Ética e Pesquisa da FACESA, Programa de Iniciação Científica da FACESA (PIC), Integrante dos Programas de Extensão Benjamim, Programa de Extensão Melhor Idade, Programa de Extensão FACESA, Comando de Saúde nas Empresas e Programa de Extensão Promovendo Saúde nas Escolas. Docente na Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC. Atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, idoso, cuidados, sexualidade.

³ Graduada em Enfermagem (1983), mestrado em Educação (1995 bolsista CAPES) e doutorado em Ciências da Saúde (2000) todos pela Universidade de Brasília- UnB. Pós Doutorado (em andamento) em psicologia social pela Universidade Católica de Brasília /UCB. Atualmente é professora da pós-graduação em Gerontologia da UCB. Pesquisadora do núcleo permanente na Linha de Pesquisa 1. Aspectos Físicos, Biológicos, Epidemiológicos e Tecnológicos do Envelhecimento. É professora/pesquisadora do mestrado profissional da Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal - FEPECS, na linha de pesquisa de saúde do adulto. Na graduação leciona na área básica e no curso de Enfermagem . É consultora ad hoc da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Revista Brasileira Ciência e Movimento, Texto & contexto enfermagem dentre outras. Coordenadora de duas linhas de pesquisa no CNPq epidemiologia e estudos na área da saúde. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCB e coordenadora do CEP da Faculdade Sena Aires, ambos como voluntária. Trabalhou na Secretaria de Saúde do DF como enfermeira assistencial e Gerente de Enfermagem do Hospital de Base do DF e do Centro de Saúde 01 de Santa Maria - DF, foi Diretora da Divisão de Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa- FEPECS e Técnica da Gerência de DST/AIDS da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, ex Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS/SES e avaliadora do Sistema Nacional de Educação Superior (INEP).

se os descritores: “esquizofrenia”, “dependência química” e “saúde mental”, em artigos publicados nos anos de 2006 a 2019. Conclui-se que os anos de 2009 e 2010 foram os anos em que mais ocorreram as publicações sobre assuntos relacionados a esquizofrenia, saúde mental e dependência química, sendo que as frequências foram: Esquizofrênia 40%, Dependência Química 45% e Saúde Mental 15%.

Palavras-chave: descritores: Esquizofrenia, Dependência Química e Saúde Mental.

Abstract

According to WHO by the year 2014, 26 million people were diagnosed with schizophrenia in the world. In Brazil, the most recent data disclosed is from the year 2013, in which the protocol and therapeutic guidelines (PCDT) of the Brazilian Ministry of Health, describe that schizophrenic disorders affect about 0.6% of the population suffering from a variation of 0.6% to 3 %, depending on the diagnostic criteria used. The general objective of this study was to understand according to the integrative research the concept of schizophrenic disorder associated with chemical dependence. The specific objectives were to know the management of assertive treatment with patients with schizophrenia by health professionals and to analyze efficient strategies for less stigmas and prejudices about the disease. The bibliographic survey was done through the LILACS (Latin American Literature in Health Science), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and PUBMED databases. For the survey of the articles, we used the descriptors: "schizophrenia", "chemical dependence" and "mental health", in articles published in the years 2006 to 2019. It is concluded that the years 2009 and 2010 schizophrenia, mental health, and chemical dependence, with the following frequencies: schizophrenia 40%, chemical dependency 45% and mental health 15%

Keywords: Schizophrenia, Chemical Dependence and Mental Health.

Introdução

Segundo a OMS até o ano de 2014 26 milhões de pessoas foram diagnosticadas com esquizofrenia no mundo. No Brasil o dado mais recente divulgado é do ano de 2013 no qual o protocolo e diretrizes terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde Brasileira, descreve que transtornos esquizofrênicos afetam cerca de 0,6% da população sofrendo variação de 0,6% a 3%, a depender dos critérios diagnósticos utilizados. ^{(1) (2)}

Apesar de já existir uma nova classificação internacional de doenças (CID-11) que acompanha as mudanças do Manual de diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) a CID 10 ainda está em vigor até 2022. Essa última apresenta o Transtorno esquizofrênico com nove tipos de classificações como esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, esquizofrenia residual, simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não especificada, sendo que em algumas dessas existem subcategorias. ^{(3) (4)}

No DSM-V (2013), essa divisão é abandonada, a esquizofrenia se enquadra no capítulo de espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Nos transtornos psicóticos positivos sempre terão cinco ou mais

domínios, esses chamados de delírios, alucinações, pensamentos (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia). Também são compostos por sintomas negativos sendo dois sintomas proeminentes da patologia, as expressões emocionais diminuídas e avolia (falta de vontade extrema) também são inclusos a alagolia (diminuição do discurso), anedonia (falta de prazer no presente e assuntos relacionados ao passado) e falta de sociabilidade. Para um indivíduo ser diagnóstico com esquizofrenia dois ou mais desses domínios devem estar presentes no sujeito por um período de um mês ou menos se houver tratamento adequado. ⁽⁵⁾

A esquizofrenia é caracterizada por uma perturbação mental grave com presença de alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que afetam as percepções, o raciocínio lógico, linguagem, afeto, comunicação, a fluência da vida, pensamentos, discurso se tornam desorganizados, a sensação de prazer, assim como o impulso e atenção. ⁽⁵⁾

As causas podem estar relacionadas a múltiplos fatores como genéticos, efeitos colaterais de medicamentos, aspectos neurobiológicos e ambientais, assim como o uso excessivo de drogas podem antecipar o transtorno, aumentar os sintomas ou causar baixa adesão no tratamento da esquizofrenia. ⁽⁶⁾ . A fuga do concreto na esquizofrenia é explicada pela neuroquímica como uma alteração das funções dopaminérgicas, pois acredita-se que a dopamina é a principal neurotransmissor de aumento dos sintomas psicóticos não somente relacionados a patologia mental como também decorrentes no uso de substâncias psicoativas como anfetaminas e seus derivados (drogas sintéticas), que atuam como drogas perturbadoras do Sistema Nervoso Central e cocaína crack como drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Em relação ao álcool, tabaco e cannabis são drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. O tabagismo inclui câncer de pulmão, enfisema outras doenças respiratórias e outras. A progressão do uso de álcool causa comprometimento no fígado, alterações de comportamentos e percepções. Podendo gerar transtornos de personalidade, dependência ou estimular pré-disposições genéticas como é o caso da esquizofrenia. ⁽⁶⁾⁽⁸⁾. A maconha é a droga ilícita mais usada no mundo, extraída de uma planta chamada cannabis sendo seu principal composto psicoativo o THC, que ainda está em estudos medicinais, pode ocasionar taquicardia, boca seca, despersonalização e desrealização do sujeito, em caso de usos mais severos, correndo risco pelo uso frequente de cannabis está associado a um maior risco de sofrer ou desenvolver sintomas psicóticos. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Por ser um transtorno complexo ainda em estudo de causas e efeitos, associados ao uso de substâncias químicas se observa maior complexidade. O preconceito sutil ou encoberto citado por Maciel et al, (2008) ¹³ relata que familiares, profissionais e a sociedade em si não sabem descrever, lidar e/ou acreditar na capacidade do doente mental, por esse motivo é de extrema importância para profissionais da saúde, para famílias e para o próprio indivíduo compreender melhor o que é o transtorno e como a doença associada ao uso de substâncias químicas age diretamente no sistema nervoso central. ⁽¹³⁾

Este estudo tem como objetivo geral, compreender de acordo com a pesquisa integrativa o conceito de transtorno esquizofrênico associado a dependência química, dentre os objetivos específicos citam – se: Conhecer o

transtorno para melhor gerenciamento do tratamento com os pacientes diagnosticados com esquizofrenia, por parte dos profissionais de saúde e analisar estratégias eficientes para diminuir os estigmas e preconceitos sobre a doença.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que reúne dados que se assemelham a partir de artigos e bibliografias disponíveis, se baseando em uma inclusão mais sistemática dentro da abordagem desejada, diminuindo os erros e integrando maior conteúdo específico para realizar uma síntese desses. ⁽¹⁴⁾

A revisão é composta por cinco fases, a primeira é a elaboração da pergunta norteadora. Sendo essa fase, a mais importante pois a partir dessa que é possível assertividade para os artigos escolhidos compõem a segunda fase que é a busca ou amostragem da literatura, assim escolhido os critérios excludentes e inclusivos para os artigos selecionados. Surge a terceira fase que é a coleta de dados, que deve assegurar que a totalidade de dados sejam extraídos de forma que minimize erros, em seguida é análise crítica dos estudos incluídos ou seja uma experiência de apuração do pesquisador da hierarquia de informações. Quinta fase é a discussão e os resultados obtidos e por fim, a fase de apresentação da revisão integrativa que é a parte conclusiva de toda revisão. ⁽¹⁴⁾

O levantamento bibliográfico foi por meio dos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PUBMED. Para o levantamento dos artigos, utilizou-se os descritores: “esquizofrenia”, “dependência química” e “saúde mental”.

Os estudos utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que abordassem a temática em questão, escritos na língua portuguesa e inglesa, por falta de artigos Brasileiros com conteúdo direcionados ao tema proposto, publicados entre os anos de 2006 a 2019, em períodos indexados nos bancos de dados da PUBMED, LILACS e SCIELO, que tinham o texto completo disponibilizado online. Os critérios de exclusão foram: estudos publicados em espanhol e artigos com resumos que não expressam o conteúdo exato dos trabalhos que abordavam o tema proposto, estudos realizados fora do período proposto nos critérios de inclusão.

Este estudo atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12).

Resultados

Existe uma intensiva crescente nos estudos sobre uso de cannabis por exemplo nos pacientes psiquiátricos com transtornos mentais, como é o caso da esquizofrenia que indica que o uso frequente de cannabis duplica ou desenvolve os sintomas psicóticos ^{(11) (19)}. O uso de cannabis iniciou nas civilizações asiáticas com busca dos efeitos medicinais no psiquismo até passar o ocidente com a finalidade de obter-se prazer. Seus efeitos variam de acordo com cada indivíduo, experiência anterior e o ambiente juntamente com as pessoas que estão presentes e a quantidade utilizada. ⁽¹¹⁾.

Quadro 1. Levantamento das palavras chaves utilizadas no estudo.

Palavra chave	N	%
Esquizofrenia	8	40
Dependência Química	9	45

Saúde Mental	3	15
Total	20	100

Quadro 2. Levantamento do ano de publicação dos estudos de acordo com o tema proposto.

Ano	N	%
2019	01	3,7
2018	02	7,4
2014	02	7,4
2013	03	11,11
2012	03	11,11
2011	01	3,7
2010	04	14,81
2009	04	14,81
2008	03	11,11
2007	02	7,4
2006	02	7,4
Total	27	100%

Segue abaixo o quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o Autor/Ano da publicação, objetivo proposto por esses estudos.

Quarto 3. Levantamento dos artigos pesquisados.

Autor/Ano	Objetivos	Resumo
Bernadette Winklbaur et. al,2006	O artigo tem como objetivo a discussão de vários modos potenciais de interação e interdependência, e a possibilidade de embarcar em novos caminhos terapêuticos para o tratamento dessa população em particular.	A comorbidade da esquizofrenia e abuso de substâncias tem atraído atenção crescente nos últimos anos, com múltiplos elos potenciais, incluindo vulnerabilidade genética, aspectos neurobiológicos, efeitos colaterais de medicamentos e fatores psicossociais sendo discutidos.
Reis Guilherme Cursino dos Reis et.al, 2011	O trabalho teve como objetivo abordar os principais aspectos moleculares da hipótese glutamatérgica que tentam explicar o surgimento da esquizofrenia.	A hipótese que fundamenta a hipofunção dos receptores NMDA de glutamato para explicar as bases fisiopatológicas da esquizofrenia vem se tornando alvo de muita especulação científica. Estes receptores são extremamente importantes para o funcionamento normal do cérebro principalmente por possuírem várias propriedades neurofuncionais(...)
Costa, Nathalia	O objetivo é	A associação de sintomas

Santos et.al,2011	estabelecer paralelo entre os avanços da neurociência no entendimento dessas doenças, enfatizando a contribuição da neurobiologia e neuropsicológica no diagnóstico diferencial.	psicóticos no uso e abuso da cocaína é dado frequente e muito estudado. Pesquisas no campo da neurobiologia comparada entre usuários de cocaína e portadores de esquizofrenia indicam similaridade quanto ao substrato neuropatológico.
Leweke Markus et. al,2008	A partir de inúmeras questões abertas e resultados controversos sobre uso de canabis o objetivo desse artigo foi especificar e ampliar os resultados nesta área, o que fornece um alvo promissor para novas intervenções farmacoterapêuticas.	Desde a descoberta do sistema endocanabinoide, um corpo crescente de pesquisas psiquiátricas emergiu, enfocando o papel desse sistema nos principais transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia (SCZ), transtorno bipolar (BD), depressão maior e transtorno de ansiedade
Pasa Morgana Scheffer Graciela Gema et.al, 2010	Este estudo objetivou verificar a frequência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/crack e álcool/cocaína/crack, por meio do Ministry International Neuropsychiatric Interview.	Os resultados mostraram uma frequência maior de Transtorno do Humor nos dois grupos. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, os dependentes de álcool/cocaína/crack apresentaram, adicionalmente, alta frequência de Transtorno de Personalidade, sugerindo a necessidade de tratamento diferencial para essa população.
Maciel Carneiro Silvana et.al,2008	Este trabalho visa conhecer como os profissionais da saúde mental e os familiares de doentes mentais que se encontram em instituições psiquiátricas representam, por meio de seus discursos, a doença mental e a reforma psiquiátrica	Para tanto, foram realizadas, na cidade de João Pessoa-PB, entrevistas semi-estruturadas com 25 profissionais, dentre eles psiquiatras, psicólogos, enfermeira-chefe, técnicos de enfermagem e assistente social; e 24 familiares de pacientes institucionalizados.
Souza Marcela	Apresentar as fases	A revisão integrativa é um método

Tavares,2010	constituintes de uma revisão integrativa e os aspectos relevantes a serem considerados para a utilização desse recurso metodológico	que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.
Silveira Jássia Lopes Freitas et.al, 2014.	Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes esquizofrênicos e dependentes de álcool e outras drogas usuários de um Centro de Atenção Psicossocial III do Centro-Oeste de Minas Gerais.	A amostra foi composta por 1.618 pacientes e os principais resultados encontrados foram: prevalência do sexo masculino (60,4%) e da faixa etária de 21 a 30 anos (48,2%), abuso mais expressivo de álcool (35,6%) e de canabinóides (29,5%) e diagnóstico mais frequente de esquizofrenia paranoide (41,7%).
Kessler Felix 2009	Entender sobre o abuso da cannabis tanto quanto droga como medicamento.	O livro Cannabis e Saúde Mental foi escrito por autores pós-graduados na área de Psiquiatria, Neurologia e Farmacologia, especialistas na temática vinculada às substâncias psicoativas e à dependência química, sendo alguns deles renomados investigadores e professores de universidades, o que corrobora a seriedade com que o assunto é abordado.
Asher Carolyn,2010	Explicar sobre as razões para o uso de drogas na psicose.	O abuso de drogas é um problema clínico importante associado a um desfecho pior em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Estudos qualitativos raramente têm sido usados para eliciar razões para o uso de drogas na psicose, mas não na esquizofrenia.
Oliveira Lucio Garcia et.al, 2008	Caracterizar a situação do uso de crack na cidade de São Paulo, assim como o perfil sociodemográfico de seu usuário.	A cultura do uso de crack tem sofrido mudanças quanto ao padrão de uso. Embora a maioria dos usuários o faça de forma compulsiva, observou-se a existência do uso controlado, que merece maior detalhamento, principalmente quanto às estratégias adotadas para seu

		alcance.
Martins Álissan Karine Lima et.al, 2009.	Com o objetivo de analisar pesquisas brasileiras enfocando a saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente à atual política de saúde e saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica	Realizado a partir de busca nas bases de dados da BIREME, utilizando os descritores 'Saúde Mental' e 'Programa Saúde da Família'. As publicações se compuseram de artigos indexados e acessíveis na íntegra coletados em maio de 2008. A análise deu-se por leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.
Cavalheri Silvana Chorratt, 2010.	objetivou identificar o impacto da mudança do modelo de assistência nas dinâmicas familiares.	As transformações do modelo de assistência em saúde mental, advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, impuseram às famílias a atribuição de ser participante do processo de reabilitação do seu familiar adoecido mentalmente. O tipo vivido familiar retrata pessoas que se sentem sobrecarregadas com as atribuições a elas impostas, pelo novo modelo de assistência, usurpadas do próprio eu, que passam a viver sentimentos complexos e controversos, e se sentem carentes quanto a informações, orientações e apoio do serviço.
Oliveira Marques Renata et.al, 2010.	Objetivou-se entender a realidade do viver com esquizofrenia a partir do relato de quem a vivencia. Foram realizadas entrevistas com dez portadores de esquizofrenia internados em hospital geral	Esta pesquisa pode permitir a ampliação do olhar para os portadores de esquizofrenia, uma vez que o conhecimento sobre a doença e suas implicações ocorreram a partir da perspectiva de quem vivencia cotidianamente este sofrimento.
Cotin Mayara Rodrigues et.al, 2018.	Este estudo teve por objetivo identificar o consumo problemático de substâncias em uma amostra de 45 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, tratadas em Centro de	Estudo transversal. Foram aplicados questionários sobre as substâncias mais consumidas ao longo da vida: tabaco (67%), álcool (73%) e maconha (22%). Dos participantes, 62% faziam uso problemático de pelo menos uma droga.

	Atenção Psicossocial II.	
Thorthon et.al, 2013.	Investigar o uso de álcool de pessoas com esquizofrenia.	Este estudo é uma adição bem-vinda à literatura escassa sobre a saúde mental e transtornos por uso de substâncias que ocorrem conjuntamente em pessoas de países não ocidentais
Mackowick et. al, 2012.	A prevalência de tabagismo entre pessoas com esquizofrenia é maior que a da população geral. Devido ao tabagismo e uso de outras drogas, examinamos o uso de drogas ilícitas em fumantes atuais que não tentam parar ou reduzir o consumo de tabaco.	Foram recrutados participantes ambulatoriais que tinham diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (esquizofrenia, n = 70) do DSM-IV e um grupo controle que não apresentava transtornos psiquiátricos do Eixo I (controle, n = 97). Durante uma sessão de 2-3 horas, os participantes preencheram questionários demográficos e de pesquisa, incluindo o Drug Use Survey (DUS).
Rondina Regina de Cassia et.al, 2007.	Neste artigo de revisão, destacando o perfil de personalidade do fumante como um importante obstáculo para a cessação, descreve-se a relação entre tabagismo e personalidade e a relação com os principais transtornos psiquiátricos.	Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre a psicologia do tabagismo, destacando características de personalidade do fumante como um dos obstáculos à cessação do tabagismo.
Lynsey Greg, 2007	Identificar razões para o aumento de uso de substâncias químicas na psicose.	Estima-se que cerca de metade de todos os pacientes com esquizofrenia abusam de drogas ou álcool e há boas evidências que sugerem que eles têm resultados mais desfavoráveis do que os que não usam substâncias usando contrapartes. No entanto, apesar de mais de vinte anos de pesquisa, ainda não há consenso sobre a etiologia do aumento das taxas de uso de substâncias em pessoas com psicose.

Após o estudo foi possível analisar que os anos de 2009 e 2010 foram os anos em que mais ocorreram as publicações sobre assuntos relacionados a esquizofrenia, saúde mental e dependência química. Esquizofrenia 40%, Dependência Química 45% e Saúde Mental 15%.

Os estudos analisados no quadro apontam que a junção tanto da esquizofrenia quanto o uso de drogas, torna a assistência diferenciada, pois devem ser trabalhados os dois transtornos em conjunto, é preciso um tratamento de caráter multidisciplinar para minimizar as consequências. De acordo com um estudo ⁽¹⁵⁾ realizado em Minas Gerais no CAPS III referente a transtornos mentais severos e usuários de drogas, com homens e mulheres, em sua maioria homens, em um total de 780 pacientes entre 21 e 30 anos. Foi constatado a droga mais usada é o álcool, seguido dos canabinoides e derivados do tabaco, em seguida está o uso de crack e cocaína, dentre outros. ⁽¹⁵⁾

Já no estudo feito no ano de 2018 em um CAPS II não sendo de pacientes com consumo mais exacerbado os quais esses são encaminhados ao CPAS álcool e Drogas. O número foi consideravelmente alto já que com 45 participantes de maioria masculina diagnosticados com esquizofrenia constatou que o uso abusivo de tabaco prevaleceu sendo 36% dos entrevistados, seguidos do álcool e maconha com 7%. Sem deixar de mencionar que pacientes do CAPS possuem maior autonomia por estarem em serviços comunitários e não em internação. A maioria dos participantes eram casados ou tinham relacionamentos estáveis, mas moravam com os familiares e não tinha renda própria. ⁽¹⁶⁾

Thorton ⁽¹⁷⁾ relatou que pessoas com transtornos psicóticos usam o álcool para auto-mediar contra a depressão e ter melhoras dos sintomas psicóticos positivos. Já de acordo com Winkaulbar ⁽⁶⁾ o uso excessivo de álcool nesses sujeitos, fazem os sintomas positivos terem predominância, ou seja, delírios e alucinações, não falando de melhoras ou não nos sintomas apenas em maior grau de recorrência. Como efeitos momentâneos, o álcool pode melhorar a memória e a concentração. Com isso evidencia que a importância social que o álcool produz nas culturas também indicam o aumento do uso, trazendo interação com grupos relaxamento, prazer e fuga da realidade. ^{(15) (17) (18)}

Em relação ao uso de nicotina a prevalência de pessoas esquizofrênicas que aderem ao tabagismo é mais elevada do que a população em geral em também em comparação a populações com transtornos psiquiátricos. E o uso do tabaco está diretamente relacionado a grandes internações, para controle de estresse, impulsos e tédio. Assim como o álcool também para auto-medicação só que para diminuição dos efeitos colaterais dos psicotrópicos. ^{(6) (15) (17) (18)}

Autores também falam dos muitos pacientes com esquizofrenia abusam de drogas ilícitas e álcool e comenta que o aumento de uso de maconha na esquizofrenia não pode ser caracterizado apenas como dependência química, pois o uso para o sujeito serve para aliviar os próprios sintomas da esquizofrenia seja positivo ou negativos. Mas principalmente em relação aos sintomas negativos que levam o sujeito a retraimento social, apatia, dificuldades no sono, até mesmo na tentativa de diminuir o desconforto dos efeitos colaterais dos medicamentos. ^{(15) (20) (21) (22)}

O uso de cocaína e crack são psicoestimulantes que acarretam em síndromes semelhantes aos transtornos psicóticos, aumentando os sintomas positivos da esquizofrenia, gerando alucinações, delírios, sensação de perseguição, medo, depressão pós uso assim como agressividade e hostilidade. Nos pacientes lhes dão efeito de autoconfiança e autossuficiência. (9) (21) (23)

Evidenciou que os motivos mais frequentes que desencadearam o uso de drogas em pacientes, foram insatisfação financeiras, o estigma social com discriminação por parte da família, sociedade e até mesmo por estarem em tratamento nas instituições de saúde mental. A impulsividade também foi um fato citado, por não saberem lidar com as frustrações, problemas, estresses e a droga servia para aliviar e trazer hedonismo para os participantes. (15) (16) (24)

O fator identidade, sendo a droga usada e continuada como forma identidade, autoconhecimento, auto estima, como um hobby ou atividade de lazer considerando que a maioria dos participantes usaram as substâncias anteriormente ao diagnóstico de esquizofrenia. (15) (16) (22) (24)

O pertencimento a grupos e pares também se enquadra ao uso excessivo, sendo característica da própria doença apresentarem isolamento social é como a droga os proporcionam agrupamento, se desistem da droga é como se estivessem desistindo também do seu ciclo social. Para eles gera auto estima em ser reconhecido/visto nos grupos de gangue ou serem heróis por terem salvado seus amigos do perigo. Nos relatos constatavam também o fato de que as pessoas que usavam drogas não estranhavam quanto aos sintomas de perseguição, as vozes se exacerbavam neles, não havia julgamento pelos demais usuários, como das pessoas que não eram adictas. (22)

A desesperança também se torna um impulsionador, pois os próprios indivíduos não compreendem sua patologia, não sabendo lidar com suas emoções, pensamentos, com perdas e rupturas. Depois pela não aceitação da própria comunidade, falta de emprego e conseguir trabalhar, ausência de amigos, familiares e encontrar parceiros amorosos que os aceitem, todos esses fatores compõe esse item. (15) (22) (24) (25)

As crenças errôneas e falta de informação sobre a própria doença, fazem os indivíduos não acreditarem terem transtornos psicóticos, não compreender que a droga pode ter efeitos prejudiciais à saúde, já que na verdade supunham-se o contrário, como havia pertencimento a um grupo, havia inserção que muitos não havia vivenciado ainda. O uso para contornar momentaneamente esses sintomas, reforçam crenças que os sintomas eram de natureza religiosa ou persecutória, acreditando de fato que as pessoas haviam se infiltrado em suas mentes, ou premeditado alguma ação religiosa, como se uma maldição havia sido jogada sobre eles. (15) (22) (24) (25)

A comparação ao uso da droga ilícita a medicação psicotrópica também entra na lista, pois entre usar o medicamento psicotrópicos que também são consideradas drogas, porém prescritas, optam pelo uso de drogas ilícitas. Relatando que as medicações não trazerem o mesmo prazer que as substâncias químicas e raramente exercem seu papel de alívio ou diminuição das alucinações e delírios. (6) (22)

Nos artigos apanhados vê-se a necessidade do apoio familiar nesse processo, agentes essenciais, como relatado por alguns pacientes nos estudos, apesar da maioria dos pacientes não se sentem acolhidos pela família. A não

aceitação da família deve-se a fatores já citados como o preconceito, falta de conhecimento sobre a patologia e crenças errôneas, após mudanças na reforma psiquiátrica famílias citaram terem dificuldades em se responsabilizar pelos cuidados desses pacientes. Em outro artigo mostra que a família também necessita de acompanhamento terapêutico assim como o paciente por estarem enfermas diante da vivência com as patologias adquiridas pelos entes. Também é citado a falta de qualificação na área básica e de internação para profissionais lidarem melhor com tais pacientes e principalmente nas orientações com a família, precisa-se de uma ampliação de trabalho já que as famílias também se sentem esgotadas, estressadas ou seja estão adoecidas psicologicamente. ^{(12) (24) (25) (26).}

Considerações finais

A importância desse estudo não se limita ao âmbito da epidemiologia, mas serviu para conhecimento de seres humanos que vivem com patologias e sofrem muitas vezes exclusão, por serem taxados como loucos. Esse trabalho teve com intuito levar informação para contribuir na menor estigmatização do paciente com esquizofrenia e dependente químico, vindo ao decorrer do estudo porquê do uso, os efeitos diversos e adversos, a percepção dos pacientes, vindo a necessidade de maior atenção da saúde em geral para tais casos, usando de prevenções e orientações familiares, orientações claras para pacientes e para sociedade sobre a patologia.

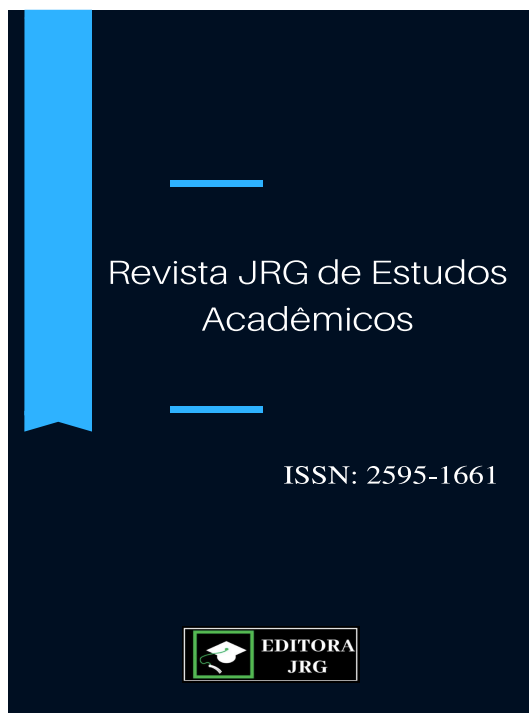
Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Acesso 04 març2019. Disponível em : <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>
2. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 Acesso 01 abril2019. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>
3. Jessica Vieira. Blog da Psicologia Unimar. OMS lança a CID-11! Veja o que muda na nova classificação internacional de doenças. Acesso em:03març2019. Disponível em : <http://blogdapsicologia.com.br/unimar/2018/06/oms-lanca-a-cid-11-veja-o-que-muda-na-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>.
4. MedicinaNet. CID10. Acesso 03març2019. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/cid10/1521/f20_esquizofrenia.htm
5. American Psychiatry Association. Manual de Diagnostico e Estatístico de Saúde Mental –DSM-5. 5ª ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al., Artmed editora Ltda, Porto Alegre, 2013.
6. Winklbaur B, Ebner N, Sachs G, Thau K, Fischer G. Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2006 Mar; 8(1): 37–43.
7. Reis GC , Arruda ALA. Fisiopatologia da esquizofrenia baseada nos aspectos moleculares da hipótese glutamatérica. *Rev. Bras. Farm.* 92(3): 118-122, 2011.
8. Organização Mundial de Saúde. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. São Paulo: Roca; 2006.

9. Costa NS, Salgado DM. Neurobiologia e neuropsicologia na esquizofrenia e no uso de cocaína. Rev. méd. Minas Gerais; 22(2)jun. 2012.
10. Tameline MG, Mndoni SM. Dependência de substâncias psicoativas. Monografia (Especialização) - Curso de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (hc-fmusp), São Paulo, 2009. Disponível em:http://medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1545/dependencia_de_substancias_psicoativas.htm. Acesso em: 12 abr.2019.
11. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. Addiction Biol. 2008;13(2):265
12. Pasa MSGG, Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos .Psico.:Teor.e Pesqu. Vol26 no.3 July/Sept 2010.
13. Maciel SC, Maciel CMC, Barros D R, Nova Sá RCda, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica.2008;13(1):115-124.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. Vol.8, no1. 2010; 8(1 Pt 1):102-6
15. Silveira JLF da, Oliveira RL, Viola BM, Silva TM da, Machado RM. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas:perfil epidemiológico . Rev.Rene 2014 maio-jun 15(3):436-46
16. Contin MR, Webster CMC, Vieira FS, Znetti ACG. Identificação do consumo de substâncias psicoativas entre indivíduos com esquizofrenia. SMAD. Rev.Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog,(Ed. Port.) vol.14 no.1 Ribeirão Preto jan./mar.2018.
17. Thornton LK, Baker AL. The importance of investigating alcohol use among people with schizophrenia [Abstract]. Acta Psychiatr Scand. 2013; 128(1):96.
18. Mackowick KM, Heishman SJ, Wehring HJ, Liu F, McMahon RP, Kelly DL. Illicit drug use in heavy smokers with and without schizophrenia. Schizophr Res. 2012; 139(1-3):194-200.
19. Rondina RC, Gorayeb R,Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. J Bras.pneumol.vol.33 no5, São Paulo, 2007. 16
20. Gregg L, Barrowclough C , Haddock G (2007) Razões para o aumento do uso de substâncias na psicose . Clin Psychol Rev .
21. Kessler F. Cannabis e saúde mental- uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento. Rev. Bras. Psiquiatr. Vol.31no.1 São Paulo. Mar 2009. Centro de Pesquisa em Alcool e Drogas, em UFRGS, Porto Alegre. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100022
22. Asher CJ, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. BMC Psychiatr. 2010; 10(94):1-15.
23. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública. 2008 Aug;42(4):664-71. [Citado em 2009 abr 13]. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400012&
24. Oliveira RM, Facina PCBR, Junior ACS. A realidade do viver com esquizofrenia.Rev. Bras. Enferm, Brasilia 2012 mar-abr;65(2):309

25. Martins AKL, Braga VAB, Souza AMA. Práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. Rev Rene. 2009; 10(4):165- 72.

26. Cavaleri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família.Rev. Bras. Enferm. Vol.63 no.1 Brasília Jan/Feb.2010



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo Gonçalves

OS DESAFIOS LOGÍSTICOS E AS TENDÊNCIAS EM RELAÇÃO AO CHAMADO E-COMMERCE

RESUMO

O trabalho trata dos principais desafios da logística urbana, sendo o lugar onde mora a maioria das pessoas e o centro das trocas comerciais no território nacional. O texto pretende apontar a atenção aos estudos da logística em relação ao território e as variáveis geográficas das áreas urbanas e metropolitanas. Há novos desafios da logística nas áreas urbanas e eles foram discutidos nesse trabalho como elementos de reflexão teórica e metodológica: *e-commerce* e *city logistics*. O objetivo da pesquisa é mostrar as abordagens e as características relevantes das dimensões espaciais e suas relações para que sejam discutidas e incorporadas como base permanente nos estudos básicos de logística. Os elementos que agregam valor na análise foram o conhecimento dos fluxos do movimento das mercadorias, o uso do solo e as relações entre lugares reais e virtuais nas cidades, de modo a encontrar uma estratégia para a gestão do conjunto das atividades primárias (transporte, estoque e armazém) e complementares mais eficientes para cada lugar, considerando o alto custo de oportunidades existentes nas metrópoles.

Palavras chave: e-commerce, logística urbana, transportes urbanos

1. Introdução

O mundo tem passado por transformações e mudanças profundas cada vez mais rápidas que exigem capacidade de compreensão, adaptabilidade e decisões tempestivas. Em termos logísticos, um dos maiores problemas da atualidade é a gestão da dinâmica metropolitana. Os processos de gerenciamento dos fluxos de bens e serviços nas metrópoles implicam, entre outros desafios, a necessidade de entender localmente os processos ligados ao comércio eletrônico (*e-commerce*), a busca da sustentabilidade e a gestão dos fluxos de mercadorias nas áreas metropolitanas (*city logistics*).

Tendo como centro a questão da logística no espaço metropolitano, torna-se relevante perguntar: (1) Quais são as relações, as lacunas, as perspectivas dos processos logísticos ligados ao comércio eletrônico (*e-commerce*) e a gestão dos fluxos de mercadorias nas cidades e nas áreas metropolitanas? (2) Quais são os impactos e as demandas de elementos empresariais recentes como e-commerce, dinâmica metropolitana, logística reversa nos processos básicos da logística tradicional?

Sendo assim, o objetivo principal deste artigo é apresentar relações, tendências e desafios da logística metropolitana, especialmente com relação ao *e-commerce*, para que sejam discutidas e incorporadas como base permanente nos estudos básicos de logística.

A exposição divide-se em quatro partes. A primeira mostra a metodologia e o referencial do trabalho, Uma segunda trata do *e-commerce*. A terceira os desafios urbanos e metropolitanos com uma análise da logística urbana. E a conclusão sintetiza a importância da logística com enfoque em variáveis espaciais e metropolitanas.

2. Métodos e técnicas de pesquisa

Segundo Lakatos e Marconi (2010), uma pesquisa é exploratória quando tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Este tipo de pesquisa é realizada quando o tema escolhido é

pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas. Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla.

Esse artigo utilizou como referência a abordagem da Geografia de Transportes que procura entender os atributos e constrangimentos espaciais entre origem e destino, visando entender a natureza e o objetivo dos movimentos nos meios (HALL, HESSE e RODRIGUE, 2006).

Foram utilizados os seguintes procedimentos técnicos para identificação dos termos relevantes que passaram a ser utilizados no dia a dia por especialistas e pesquisadores dessa temática: (i) pesquisa bibliográfica em livros especializados; (ii) pesquisa exploratória em documentos físicos e eletrônicos de sites oficiais da área objeto da pesquisa; (iii) levantamento do estado da arte nas décadas de 1990 e 2000 e (iv) avaliação das características espaciais nas abordagens da logística no Brasil.

3. O Processo logístico direto e reverso

Nos estudos de logística se analisam seus principais componentes, a saber: estoques, localizações e transportes. Esse tripé representa, para Ballou (2007), o conjunto de dimensões centrais ou atividades primárias da logística. O profissional da logística deve verificar seus estoques, os padrões de consumo, as solicitações e os solicitantes; onde estão localizados estrategicamente os fornecedores, as indústrias de transformações e os consumidores e como são transportados com agilidade e integridade os produtos entre os atores da cadeia logística para atender satisfatoriamente o cliente.

Os estoques das empresas são ativos que buscam alcançar um equilíbrio entre os itens que são necessários para armazenar por um período de tempo, para atender pedidos e gerar continuidade no processo produtivo e o tempo de inatividade dos ativos no ciclo de negócio. Os estoques também precisam de gerenciamento para definição dos níveis adequados e satisfatórios de materiais capazes de atender às necessidades dos clientes.

De acordo com Ballou (2007), o custo de manutenção de estoques pode representar de 20 a 40% do seu valor por ano e, embora os custos sejam altos, os sistemas

operacionais podem não estar projetados para reagir instantaneamente às solicitações dos clientes, justificando assim a necessidade de se manter algum nível de estoque, apesar do ideal ser algo próximo de zero. Ainda, segundo Bowersox & Closs (2001), os procedimentos e parâmetros essenciais para o planejamento de estoque se concentram em três aspectos: determinação do ponto de ressuprimento - quando se deve pedir; determinação do lote de compra - quanto pedir e definição dos procedimentos de controle.

Quanto a localização, deve-se ter uma estratégia geográfica: locais de armazenagem, distância dos fornecedores (suprimentos), distância do mercado ou clientes (demanda). O processo de localização, bem como as respectivas decisões deve analisar a quantidade de centros de armazenagem e distribuição, os clientes a serem atendidos por cada centro, as linhas de produtos a serem armazenadas e os canais utilizados para o suprimento. Ao se analisar métodos de localização é importante auxiliar os problemas de localização por ferramentas computacionais que facilitam as tarefas e o tratamento dos dados.

O transporte tem a função de executar a movimentação de material (matéria-prima, semi-acabado e acabado), inclusive a de garantir a entrega dos produtos aos clientes finais, independente do local contratado para entrega, ou seja, considerar os custos proporcionais ao tempo e à distância da entrega. A análise da variável transporte envolve a seleção dos modais empregados, o volume de cada embarque, as rotas aplicadas nas operações e a programação, na busca de otimizar os recursos e a obtenção de resultados satisfatórios para o cliente.

O objetivo da gestão de transporte é minimizar o tempo e os custos, aumentando a satisfação dos clientes em relação ao desempenho da entrega. Na busca por um bom gerenciamento do transporte, a fim de obter diminuição dos custos, é necessário analisar a economia de escala e a economia de distância. A economia de escala é obtida quando toda a capacidade do veículo é utilizada, já a economia de distância preconiza a idéia de que o custo diminui à medida que a distância aumenta (BOWERSOX & CLOSS, 2001).

Essas atividades primárias da logística impactam em vários processos. Um é o suprimento (matéria-prima), um segundo é a manufatura (operações de transformações em produtos), um terceiro é a distribuição (entrega do produto acabado) (BALLOU, 2007). Nas últimas décadas adquiriu-se força a análise do

processo chamado de logística reversa na medida que apareceu a necessidade de reduzir os impactos das atividades humanas no meio ambiente. Este conceito foi ressaltado, olhando a realidade das empresas para diversos acadêmicos, sendo fortemente associada às atividades de reciclagem de produtos e dos aspectos ambientais (STOCK, 1992); BARRY, GIRARD & PERRAS, 1993); KOPICKI, BERG & LEGG, 1993); MURPHY, POIST & BRAUNSCHWIEG, 1994); WU & DUNN, 1995); KROON, L. & VRIJENS, 1995).

As observações dos acadêmicos destacaram a necessidade da gestão do pós-venda e de gerenciar os resíduos sólidos – pós-consumo, produtos vendidos, o conceito da produção *toyotista* (qualidade e montagem do produto com estoque zero) e das pressões para reduzir impactos ambientais.

4. Os desafios logísticos associados ao *E-commerce*

Um primeiro desafio deriva do fato que nas últimas décadas aumentou o comércio virtual extremamente fragmentado via internet. Esse é formado, além de grandes cadeias de distribuição, por lojas virtuais criadas e geridas por pequenos empresários locais.

Com a transposição maciça do comércio de varejo e de atacado para comércio eletrônico não há mais necessariamente uma cadeia continua de distribuição que liga a produção ao armazém ao cliente final. Teoricamente há um cliente em qualquer lugar do mundo e fica impossível usar uma modelagem matemática, como mostrado para Ballou (2006), porque nesse caso há um número infinito de variáveis de origem e destino.

Segundo Gonzales et al. (2012), análises acadêmicas atuais estão relacionadas à escolha do consumidor ou de marketing, aspectos ergonômicos de negócio baseado na web e a gestão da cadeia de suprimentos de obras. Por um lado é usada a pesquisa operacional baseada em procedimentos de construção de rotas de emissão de heurísticas de otimização combinatória. Estes procedimentos têm em conta algumas das especificidades dos serviços de entrega em domicílio. Por outro lado há também abordagens de simulação empírica e com base em modelos econométricos ou procedimentos de coleta de dados baseada em Sistemas de Informação Geográfica (GIS).

A primeira abordagem é mais adequada para simulação, uma vez que pode ser adaptado para situações hipotéticas diferentes, mas que não leva em conta a aceitação social de algumas soluções. A segunda é mais relacionada a práticas reais, nomeadamente no domínio social, mas a simulação com modelagem matemática implica que essas práticas não mudam.

Segundo Pache (2008), os outros canais de distribuição *e-commerce* foram definidos recentemente, em gestão da cadeia de suprimentos, especialmente aquelas relacionadas aos pontos de recepção e loja de picking (unidade de compras). No entanto, esses estudos lidam com gestão e questões de estratégia e não estão relacionados com a simulação de rota (DURAND, 2010).

Ao se tratar dos clientes e do comércio eletrônico, percebe-se que há novos canais de venda e distribuição como B2C (*business to consumer*) e B2B (*business to business*). No caso do B2C, dá-se grande importância ao contato final com o cliente, já o B2B assume interesse maior na logística entre empresas. Assim a logística do *e-commerce* deve se organizar para poder suprir clientes fragmentados no espaço e com pedidos diferentes de custo e de carga, ou seja, para uma empresa isso é expandir a função logística até abranger virtualmente qualquer lugar do globo para atender o cliente.

Pelo menos tem sido adotada duas alternativas face à esta complexidade: (1) a parceria das redes logísticas e (2) o compartilhamento parcial das redes. Segundo a literatura analisada, um modelo melhor parece o de criar pequenas plataformas abertas para reduzir os custos dos sistemas de TI e comunicação, mantendo um acesso maior (FERNIE e SPARKS, 2004). Entretanto, movendo em sentido contrário a estas ideias e a terceirização da logística empresarial que foi adotada depois dos anos 90, empresas como Tesco, Sainsbury e Wal-Mart criaram um mercado virtual privado e uma logística privada, o primeiro com formas de fidelização e o segundo voltando a ter controle sobre armazém, transportes e o processo.

Em 2000 foram criadas empresas de atacado eletrônico visando uma revolução no setor das compras B2C. *GlobalNet e Xchange (GNX)* e *World Wide Retail Exchange (WWRE)* conseguiram progressos nesse sentido nos EUA, Submarino e Lojas Americanas no Brasil. Foram criados padrões com a *Global Commerce Initiative (GRI)* e as empresas de varejo tiveram que ser mais seletivas em projetos privados a respeito das novas oportunidades. Mas, o B2C foi mais reativo que proativo, a

maioria das operações não atingiram grandes volumes e poucas entraram para substituir as cadeias convencionais.

Por que as empresas do *e-commerce* não conseguiram muitos avanços? O problema parece se concentrar na gestão logística do *e-commerce*. Segundo Laseter et al (2000) houve um potencial *online* limitado, custos de entrega elevados, pouca seleção e variedade, competição com a cadeia não virtual. No setor B2C dois modelos de e-logística são mais conhecidos: o modelo baseado como entrega na loja real e o modelo de entrega de loja virtual (FERNIE e SPARKS, 2004).

O setor B2B do *e-commerce* precisa de aprofundamento de pesquisa nos impactos na distribuição e nos pequenos negócios nos territórios onde o sistema de correios é muito eficiente. O que afeta o resultado é a ligação entre informação e movimento de mercadoria. Há uma redução de atividade de logística devida a maior eficiência e efetividade. Adicionalmente há a possibilidade de ligar a logística reversa à cadeia principal (LASETER et al., 2000).

Outro desafio é impacto espacial e no meio ambiente dessa nova forma de comércio, o que leva as seguintes perguntas: O *e-commerce* pode reduzir o impacto ambiental? Pode substituir armazenagem e estoques caros? Ainda não se pode confirmar isso. Uma gestão do comércio eletrônico vai aumentar estes custos e impactos, isso depende da estratégia e do sistema adotado.

5. Os desafios da logística urbana

O desafio espacial para a logística hoje em dia é a escala das operações, ou seja, o tamanho das cargas e a mobilidade dentro das áreas urbanizadas. Segundo Macário et al (2006), a logística possui abrangência global, a macrologística uma abrangência nacional, a mesologística a abrangência regional e a logística urbana uma inserção urbana e local.

Segundo Petri e Nielsen (2002) *apud* Dutra (2004), nos anos 1990, os países europeus como Alemanha, Holanda, Bélgica, Suíça e Dinamarca iniciaram projetos pilotos e alternativos de distribuição nos centros urbanos. Esses projetos ficaram conhecidos como *city logistics*. Configura-se, no final dos anos 1990, na Europa, o *city logistics* como área de planejamento de transporte. Nele, ao mesmo tempo em que se busca a eficiência no transporte urbano e de carga, busca-se, na mesma

intensidade, a minimização dos custos sociais e ambientais gerados pelo sistema (ROBSON, 2002 apud DUTRA, 2004).

O conceito de *city logistics* surge de forma pioneira na Dinamarca, por volta da década de 90, onde duas grandes empresas de distribuição e coleta se uniram e desenvolveram soluções viáveis que envolveram autoridades; sistema de transporte público; companhias de distribuição e transportadoras; receptadores/consumidor final e comunidade (FRANÇA et al., 2005). Taniguchi et al. (1999 e 2001) apud Dutra (2004) definem *city logistics* como: a otimização, pelas companhias privadas, de suas ações, em áreas urbanas, pelo aumento e congestionamento do tráfego e aumento do consumo de combustível.

Thompson (2003) apud Dutra (2004), diz ser o *city logistics* um processo de planejamento, baseado num sistema de integração, que promove inovações e reduz o custo (econômico, social e ambiental). Para Ricciardi et al. (2003), *city logistics*, através de idéias, estudos, políticas e modelos pode: reduzir congestionamentos e aumentar mobilidade; reduzir poluição e nível de ruído, contribuindo para o Tratado de Kyoto e não esvaziando os centros das cidades, pela aplicação de excesso de penalidades de políticas ambientais. Os autores entendem também que se deve utilizar, no *city logistics*, conceitos como: integração e parceria de vários atores de tomada de decisão como autoridades e empresários (coordenação de planejamento e processos de decisão; consolidação de diferentes mercadorias num mesmo veículo e na entrega.

A Comissão Europeia, em 2000, ao tentar identificar técnicas e estratégias em transporte, abordou áreas chaves, onde os ganhos ambientais foram destaques entre as empresas. Entre elas cita-se: motores menos poluentes, treinamento de motoristas, meios de transportes ambientalmente mais favoráveis, redução de veículos e, finalmente, emprego do conceito de *city logistics* (DUTRA, 2004).

A concentração dos clientes em áreas congestionadas demanda novas formas e estratégias de transportes, armazéns e gestão de estoque. A necessidade de pensar a logística metropolitana consiste em entender o parcelamento ou o desdobramento de cargas e das viagens das pessoas em pequenas unidades e como reduzir os tempos de entrega em rotas complexas entre o sistema viário urbano. Com relação às restrições espaciais, tem-se: o tamanho de caminhões e a capacidade do local de carga/descarga; preocupações e sensibilidades ambientais, a emissão de gases

poluentes, a limitação nos níveis de ruído e os níveis de ocupação territorial (FRANÇA et al., 2005).

A Logística Urbana não é uma teoria, mas sim uma prática. Também no Brasil há cidades que estão planejando uma logística urbana como, por exemplo, São Paulo que, através da Secretaria Municipal de Transportes juntamente com a CET (Companhia de Engenharia de Tráfego) e SPTrans (São Paulo Transporte S.A.) e empresas de economia mista, asseguram a mobilidade de pessoas e de bens no Município de São Paulo. A portaria D.S.V.G. 026/02 é uma medida destaca a alternância entre a circulação de pessoas, preferencialmente durante o dia, e a movimentação de mercadorias, preferencialmente a noite.

No caso de Porto Alegre, seu Plano Diretor, denominado Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental (PPDUA), disciplinado através da lei complementar nº 434, possui o capítulo II especificamente para tratar do assunto mobilidade urbana, que abrange vários aspectos, como o sistema de transporte coletivo (linhas, itinerários, passageiros, estação de transbordo), rede cicloviária, plano geral de circulação e transporte, estacionamentos, centros de transferência de cargas, porto seco, acessibilidade de pedestres e pessoas portadoras de necessidades especiais (PDDUA, 2005).

Em Curitiba o plano abrange o transporte público de passageiros, sistema viário e de circulação, transportes de cargas e de terminais intermodais e centros de distribuições, transporte comercial/serviços, terminais de transbordo, proteção ao meio ambiente (tecnologias limpas) e participação popular (educação) (PDMC-Curitiba, 2004).

Aspectos poucos desenvolvidos de análise logística são a gestão portuária, sobretudo para Rio de Janeiro, Salvador e Santos, e também uma gestão do setor aeronáutico integrado, dos ruídos e das externalidades falta de realizações. Sempre olhando para instalações e capital fixo outras áreas de intervenção são a reconversão de áreas industriais polos geradores de tráfego e das rodovias. Uma gestão logística sustentável e de baixo impacto é, portanto, algo que abrange toda a cadeia e toda a economia, a logística de cargas e de pessoas em todos os lugares.

Segundo Mattos (2001), há estimativas no Brasil para o setor transportes que pode reduzir suas emissões no ano de 2025 em até 40% a partir de mudanças nos

projetos dos veículos, através de materiais e mecanismos mais eficientes; redução do tamanho dos veículos; mudança para combustíveis alternativos; redução no nível de atividade de transporte de passageiros e cargas pela alteração do padrão do uso do solo, sistemas de transporte, padrões de deslocamento e estilos de vida e a mudança para modais de transporte menos intensivos em energia.

A Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), entidade vinculada ao Ministério dos Transportes e o órgão regulador da atividade de exploração da infraestrutura ferroviária e rodoviária federal e da atividade de prestação de serviços de transporte terrestre, desenvolveu estudos entre 2003 e 2005, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e o caso pesquisado da Cabús (2010) da ANTT ajudou a esclarecer a tendência no Brasil.

A identificação e avaliação dos aspectos ambientais e impactos ambientais, é feita com base em três componentes ambientais básicos: o meio físico onde se desenvolvem as atividades, particularmente onde se localiza as malhas rodoviárias e ferroviárias concedidas; o meio biótico, com as principais condicionantes legais e diretrizes para identificação e localização de áreas legalmente protegidas e o meio sócio econômico ou antrópico, que deve considerar a distribuição das populações nas áreas ou entorno de interesse e suas atividades econômicas (CABÚS, 2010).

No Brasil deve-se considerar ainda duas tendências não muito exploradas: o uso de pequenas empresas de transporte informal com moto e bicicleta (como Uber-eat) e a falta de alternativas da matriz energética (uso de carros e van elétricos) que reduzem custos de transporte urbano.

Em relação ao transporte que é chamado de “motoboy” por o uso extensivo de moto para entregas locais também deve ser claro que este é concentrado na entrega de alimentos (marmitex, pratos prontos, pizzas). Não há avaliações em termos de faturamento, mas o numero de moto circulantes pro este serviço é percebido facilmente nas ruas. Também há transporte de compras derivadas dos serviços disponíveis nos supermercados. Outro elemento que facilita esta modalidade de entrega é a grande diferencia de preços que se entra no mercado pelos mesmos produtos. A característica do mercado metropolitano brasileiro é mudar preços todos os dias sendo que uma cerveja pode se encontrar em um lugar diferente ou mesmo perto com preços completamente diferentes. Obviamente o consumidor informado

faz as compras aproveitando do menos preço considerando o frete se ele não tiver como ir até o estabelecimento. Por algum produto isso compensa.

A questão da matriz energética tem menor impacto, pois o consumidor urbano sabe que ele sempre será cobrado pelo preço maior possível. Se todos serão cobrado com aumento da gasolina, por que quem oferta aumenta o preço do produto no mesmo momento não é possível aproveitar de políticas de preço diferentes. Entretanto uma redução de custos de gasolina e de transporte evidentemente é benéfico para todos pois pode aumentar as vendas. Também é possível aumentar o numero de empregados e de oferta de vagas de trabalho mesmo temporárias.

6. Considerações finais

Os novos desafios para logística mudaram em relação as mudanças sociais e espaciais nas dimensões que podem ser consideradas emergentes, nas preocupações de novas abordagens logísticas: o *e-commerce* e a *city logisitcs*.

O atual trabalho apresentou uma pesquisa exploratória que mostra que é necessário incluir variáveis como o meio ambiente e o conhecimento do uso do solo para pensar estratégias e processos que podem se chamar de logística territorial ou espacial ou geográfica. Deve-se considerar também aspectos culturais, ou seja, das práticas de comercio de cada lugar pois, como mostrado o Brasil tem alguma particularidade no comercio e no transporte urbano.

Os desafios desta logística têm como base o tempo que é escasso e que tem um alto custo de oportunidade. Transformando o tempo no custo de oportunidade, o problema principal torna-se novamente um problema de custo, mas isso depende agora também do composto de elementos qualitativos ligados a diferentes lugares.

As relações entre *e-commerce* e *city logistics* dependem das dimensões principais da logística: o transporte deve ser rápido e com sistemas capazes de entregar pequenas cargas; o processamento de pedidos deve ser em tempo real, ou seja, usar maciçamente internet; a localização e os estoques são longe das cidades e centralizados em centros de distribuição que devem usar tecnologia de movimentação de estoques automatizada e o sistema *cross-docking*.

A disponibilidade dos produtos tem como fatores chaves a disponibilidade na loja ou para entrega rápida, o que faz do tempo ser o maior elemento do valor agregado.

Também os serviços devem atingir os clientes na hora certa, o que exige profissionais treinados para entrega aos clientes (por exemplo, em domicílio) considerando as condições de trânsito e de transportes.

Por último, há lacunas a serem preenchidas e problemas a serem resolvidos em relação ao uso do solo nas cidades que não favorecem o fluxo das mercadorias. Uma solução poderia ser o uso das vias de circulação à noite e os meios instalados como dutos e transporte sobre trilhos urbanos. É correto pensar no futuro sistemas integrados de marketing e logística em que a produção é empurrada e que deve ser capaz de responder em tempos mínimos e custos reduzidos a entregas de produtos de nicho, ou seja, personalizados e que tem um ciclo de vida reduzido. Estes são problemas que podem ser resolvidos com tecnologias que aproveitam dos conceitos de cidades inteligentes e indústria 4.0.

REFERÊNCIAS

BALLOU, R. **Logística Empresarial: Transporte, administração de materiais e distribuição física**. São Paulo, Atlas, 2007.

BARRY, J.; GIRARD, G. & PERRAS, C. **Logistics planning shifts into reverse**. Journal of European Business, vol. 5, nº 1, p. 34-38, 1993.

BOWERSOX, D. J. & CLOSS, D. J. **Logística Empresarial: O Processo de Integração da Cadeia de Suprimento**. São Paulo: Atlas, 2001.

CABÚS, J. **A gestão ambiental aplicada aos transportes: o caso da agência nacional de transportes terrestre – ANTT**. Revista ANTT - V. 2 Nº 1 - Maio - 2010 - Brasília 64- 74, 2010

MUNICÍPIO DE CURITIBA. **Lei Complementar nº11266/2004, de 16 de dezembro de 2004. Plano Diretor Municipal de Curitiba**. Disponível em: http://www.ippuc.org.br/informando/index_plano_diretor.htm. Acessado em 16 abr 2007.

DURAND B. (2010) “e-commerce et logistique urbaine : quand le développement durable s’en mêle...”, **Revue Française de Gestion Industrielle** 29 (2) , pp. 7-26.

DUTRA DA SILVA, N. G.. **O enfoque de “city logistics” na distribuição urbana de encomendas**. Tese doutorado. Orientador Antonio Galvão Naclério Novaes. PPGE/UFSC. Cap. 4. Florianópolis: 2004

FRANÇA, P.T.; RUBIN, M. **Transporte Urbano de Mercadorias, Logística Urbana e City Logistics**. Grupo de estudos logísticos – GELOG/UFSC. Florianópolis. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.gelog.ufsc.br/Publicacoes/og%EDstica%20Urbana.ppt>>. Acessado em 21 abril 2006.

GONZALEZ J. F. , AMBROSINI C., ROUTHIER J. **New trends on urban goods movement: modelling and simulation of e-commerce distribution European Transport \ Trasporti Europei** (2012) Issue 50, Paper Nº 6, ISSN 1825-3997

HALL P., HESSE M., RODRIGUE J.P., **Reexploring the interface between economic and transport geography**. Environment and Planning. Volume 38, pages 1401- 1408, 2006.

KOPICKI, R.; BERG, M. & LEGG, L. L. **Reuse and recycling-reverse logistics opportunities**. Oak Brook, IL: Council of Logistics Management, 1993.

KROON, L. & VRIJENS, G. **Returnable containers: an example of reverse logistics**. International Journal of Physical Distribution and Logistics Management, vol 25, nº 2, p. 56-68, 1995.

LAKATOS, E. M.; MARCONI de ANDRADE M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MINISTÉRIO do MEIO AMBIENTE - MMA. **Resolução CONAMA nº 1, de 23 de janeiro de 1986**. Disponível em <http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabrecfm?codlegi=23>. Acessado em Abril de 2014.

MINISTÉRIO do MEIO AMBIENTE. **Resolução CONAMA nº 237, de 19 de dezembro de 1997**. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res97/res23797.html>. Acessado em 08 de Maio de 2014.

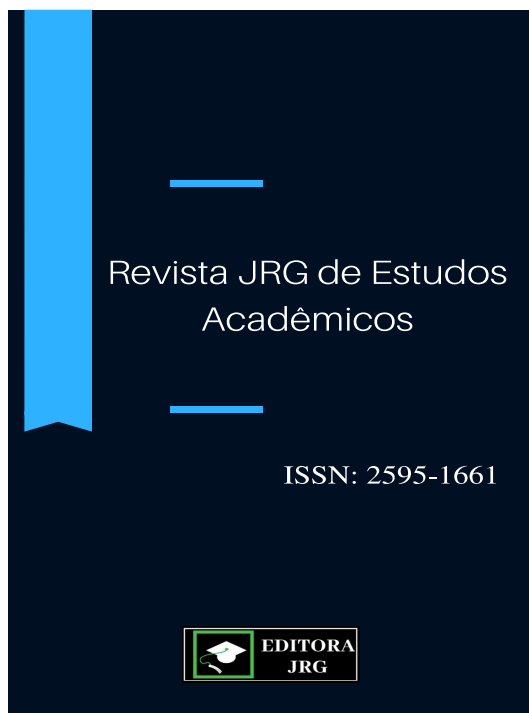
MACÁRIO, R. e CAIADO, G. **Logística urbana e plataformas de comunicação e informação**. Aula ministrada. Mestrado em Transporte. Instituto Superior Técnico. [s.l.] [s.d.]. Disponível em: <http://www.cesur.civil.ist.utl.pt/~sgvct/mt/2_semestre/ITL/Download_docs/ITL_03_sess07.pdf>. Acessado em: 21 abr. 2006.

MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Ambiental**. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/spm/usu_doc/pddua_com_alteracoes_de_2005.pdf. Acessado em 16 abril de 2007.

PACHÉ, G. (2008) **Efficient Urban e-Logistics: Mutualisation of Resources and Source of Competitive advantage**, In RIRL 2008 -Proceedings of the 7th International Meeting for Research in Logistics, Avignon, pp. 24-26.

RICCIARDI, N., CRAINIC, T.G.; STORCHI, G. **Models for Evaluating and planning city logistics systems**. Disponível em: <https://www.cirrelt.ca/DocumentsTravail/CIRRELT-2009-11.pdf>. Acessado em Maio de 2014.

STOCK, J. R. **Reverse Logistics**. Illinois: Oak Brook, Council of Logistics Management, 1992



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.
Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 10/10/2019.

**Data de disponibilização no site
(publicação): 10/11/2019.**

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo
Gonçalves

O AUMENTO DO HIV ENTRE JOVENS E A ADERÊNCIA DA PROFILAXIA DE PRÉ- EXPOSIÇÃO (PREP) COMO INTERVENÇÃO¹

*Hiv increase between youth and adherence of pre-exposure prophylaxy (prep) as
intervention*

*Ana Paula Vilas Boas Monteiro²
Karine dos Santos Andrade³
Me. Walquíria Lene dos Santos⁴*

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Acadêmica de curso de graduação em Enfermagem da UNICEPLAC-DF. E-mail: Karineandradeksa@gmail.com

³ Acadêmica de curso de graduação em Enfermagem da UNICEPLAC-DF. E-mail: vilasboaspaula233@gmail.com

⁴ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Integrante do Núcleo Docente Estruturante (NDE), Integrante do Comitê de Ética e Pesquisa da FACESA, Programa de Iniciação Científica da FACESA (PIC), Integrante dos Programas de Extensão Benjamim, Programa de Extensão Melhor Idade, Programa de Extensão FACESA, Comando de Saúde nas Empresas e Programa de Extensão Promovendo Saúde nas Escolas. Docente na Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC. Atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, idoso, cuidados, sexualidade.

Resumo: Atualmente mais da metade das novas infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), afetam os jovens de 15 a 24 anos de idade. Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável contraiu o vírus na adolescência. **Objetivo:** Identificar o aumento da incidência do HIV entre jovens e a aderência da profilaxia de pré-exposição (PREP) como intervenção. **Metodologia:** Pesquisa integrativa, realizada entre artigos publicados nos anos de 2015 a 2019. **Resultados:** O estudo demonstrou que 2017 foi o ano em que mais se publicou, perfazendo um total de 60%. Os artigos pesquisados demonstraram que a PrEP é uma medicalização de prevenção pré-exposição que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) que impede que o HIV se estabeleça e se espalhe pelo corpo. A PrEP não previne outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, portanto, deve ser combinada com outras formas de prevenção. Está disponível como estratégia de prevenção ao HIV desde o ano de 2017 no Brasil. **Conclusão:** Os estudos demonstraram que os jovens têm a iniciação sexual precoce, comportamento de risco, e conhecimento insuficiente acerca de métodos preventivos para promover a autopercepção sobre os riscos de infecções sexualmente transmissíveis. A PrEP é uma medicação introduzida recentemente no Brasil, portanto, pouco conhecida entre a população jovem, sobretudo por ser destinada para um público alvo.

Palavras chaves: HIV; Profilaxia Pré-Exposição PrEP; Saúde Sexual.

Abstract: Currently, more than half of the new infections by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) affect young people aged 15-24 years. Data from the Ministry of Health show that more than 70% of cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) correspond to individuals between 20 and 39 years of age, and a considerable portion contracted the virus during adolescence. Objective: To identify the increase in the incidence of HIV among young people and the adherence of pre-exposure prophylaxis (PREP) as an intervention. Methodology: Integrative research, carried out among articles published in the years 2015 to 2019. Results: The study showed that 2017 was the most published year, making a total of 60%. The articles surveyed have shown that PrEP is a pre-exposure prevention medicalization that consists of antiretroviral (ARV) use that prevents HIV from spreading and spreading throughout the body. PrEP does not prevent other Sexually Transmitted Infections (STIs) and therefore should be combined with other forms of prevention. It has been available as an HIV prevention strategy since 2017 in Brazil. Conclusion: Studies have shown that young people have early sexual initiation, risky behavior, and insufficient knowledge about preventive methods to promote self-perception about the risks of sexually transmitted infections. PrEP is a medication recently introduced in Brazil, therefore, little known among the young population, especially since it is destined for a target audience.

Keywords: HIV, PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS PREP, SEXUAL HEALTH

Introdução

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) continua desafiando a sociedade, o sistema de saúde e seus profissionais, tanto no

âmbito da prevenção como na assistência¹. Mais da metade das novas infecções por HIV que ocorrem na atualidade afetam jovens de 15 a 24 anos de idade. Entretanto, as necessidades dos milhões de jovens do mundo continuam sistematicamente desatendidas quando se elaboram as estratégias sobre HIV/AIDS ou se estabelecem políticas. Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável desses pacientes contraiu o vírus na adolescência estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/AIDS¹⁻².

Muitas pessoas morreram de AIDS no mundo, as pressuposições da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimam que 36,7 milhões em 2016 de soropositivos no mundo inteiro. Estatísticas globais sobre HIV: 1,8 milhões de novas infecções em 2016. 76,1 milhões infectados pelo HIV desde o início da epidemia em 1981. 20,9 milhões de pessoas possuíram acesso á terapias antirretrovirais até junho de 2017².

A AIDS é uma doença provocada pelo vírus HIV que acomete o sistema de defesa deixando vulnerável a infecções. Sem cura e sexualmente transmissível, a patologia não faz discernimento de natureza, raça, gênero ou classe social. Nem todas as pessoas que têm o vírus irão progredir para doença ao longo da vida³⁻⁴. Hoje em dia conviver com o HIV é possível mediante os avanços da medicina com o desenvolvimento de medicações, que contribuem com a qualidade de vida e controle do vírus e diminuição das chances de contaminação. O objetivo do tratamento é a redução da carga viral deixando seu nível tão baixo que quase indetectável no sangue⁴.

As novas infecções no país mostram que as iniciativas de prevenção ao HIV/AIDS, especialmente entre a população jovem vêm produzindo um aumento das novas infecções e não têm trazido os resultados esperados³. A profilaxia de pré-exposição sexual (PrEP), uma terapia combinada voltada para a prevenção do HIV e destinada pra quem não tem o vírus, não obstante está vulnerável a infecção. O medicamento circulante no sangue quando em contato com o vírus, impede a constituição o HIV no organismo⁵.

Novos métodos surgiram no domínio da doença oferecendo escolhas para promoção e prevenção entre essas novas táticas estão: A Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP)⁶. Evidências comprovaram que a PrEP se trata de uma estratégia eficaz, com mais de 90% de redução da transmissão⁷. A adolescência é um período transformador e o jovem tem suas primeiras práticas sexuais sem uso de proteção e sem conhecimentos suficientes para sua autoproteção⁸⁻⁹.

Recomendada desde 2012 pela OMS, a medicação, que já é utilizada nos Estados Unidos, Bélgica, Escócia, Peru e Canadá, França, África do Sul, também vendida na rede privada. Aliada com uso de diversos métodos de prevenção¹. O Brasil é o primeiro país da América latina a oferecer pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ofertando desde o final de 2017 ao início de janeiro de 2018 a PrEP tornando-se um incentivo e um exemplo a ser seguido².

O objetivo geral do estudo foi Identificar o aumento da incidência do HIV entre jovens e a aderência da profilaxia de pré-exposição (PREP) como intervenção. Os objetivos específicos foram: Descrever por meio da pesquisa integrativa, as principais causas do crescimento do HIV; Identificar em publicações a

Vulnerabilidade dos jovens, faixa etária; descrever o comportamento sexual e relacionar o uso de PrEP como profilaxia para o aumento do número de novos casos de HIV.

Método

Para a elaboração deste artigo, foram revisadas literaturas, seguindo as etapas: primeiro a delimitação de um tema, e seleção de hipótese, estabelecendo critérios de exclusão e inclusão, definição da amostra a traçar as bases a serem separadas. A segunda avaliação dos estudos, na terceira os resultados encontrados¹⁰. Finalizando com a revisão das informações obtidas, procurando respostas para as seguintes perguntas: O porquê do aumento da infecção pelo HIV entre os jovens? Como está sendo feita a associação da nova medicação de prevenção PrEP pra reduzir os números da infecção?

A busca bibliográfica foi realizada em março de 2018, nos sites de busca Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e manuais do Ministério da Saúde e Protocolos da Unaid. Mediante o emprego dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “HIV”, “PREP”, “Adolescentes”, “Sexualidade”, “Prevenção” e “Saúde Sexual” combinado com o operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos cujo tema se assimilou com o tema proposto, publicados a partir do ano de 2015 a 2019, em língua portuguesa e inglesa. Sendo 13 artigos encontrados na base do SciELO, 1 do LILACS, 2 protocolos da Unaid e 2 protocolos do Ministério da saúde, totalizando 18 artigos. Descartados artigos cujo ano antecede 2015 e os que não se enquadravam nos critérios de inclusão, forma excluído um total de 858 artigos.

Resultados e discussões

Abaixo seguem a listagem das palavras chaves de acordo com a busca realizada.

Quadro 1. Listagem das palavras chaves de acordo com a busca realizada-2015-2019.

PALAVRAS- CHAVE	NUMERO TOTAL	SELECIONADOS	%
HIV- PREP	59	3	1,77
ADOLESCENTES- SEXUALIDADE	150	6	9
PREP	30	3	0,9
HIV-PREVENÇÃO	434	2	8,68

SAUDE SEXUAL	203	4	8,12
TOTAL	876	18	157,68

Quadro 2. Listagem dos resumos de acordo com ano e autor - 2015-2019.

AUTOR	ANO	RESUMO
Carlos F. Cárceres; <i>et al.</i>	2015	Neste artigo, enfocamos a origem, o status atual e a contribuição potencial da profilaxia pré-exposição (PrEP) dentro da combinação da estrutura de prevenção do HIV.
Ivia Maksudl; <i>et al.</i>	2015	O contexto atual mostra evidências sobre a eficácia do tratamento na redução do risco da transmissão do HIV, mas os desafios para a oferta das tecnologias de prevenção nos serviços de saúde perpassam profissionais de saúde e usuários em suas dimensões individuais e os serviços de saúde numa dimensão organizacional e estrutural. As intervenções devem ser disponibilizadas em um contexto de mobilização comunitária; não deve haver pressão sobre as pessoas para fazer o teste anti-HIV, tratamento ou antirretroviral como forma de prevenção.
Macedo, Etiene Oliveira Silva and Conceição; <i>et al.</i>	2015	O objetivo foi compreender as significações sobre adolescência e saúde, na perspectiva de 10 adolescentes de ambos os sexos, entre 13 e 19 anos de um programa de

		atenção integral à saúde do DF. Foram realizados seis grupos temáticos, com periodicidade quinzenal e duração de duas horas por encontro. A metodologia grupal foi baseada no método sociodramático que facilitou a participação, reflexão e compreensão dos temas abordados pelos participantes.
Viero, Vanise dos Santos Ferreira.	2015	Analisar a aquisição de conhecimentos sobre os temas Saúde Bucal, Prevenção do Uso de Drogas e Sexualidade, tratados com adolescentes matriculados nas Escolas Públicas de Santa Catarina
Soares Leonardo Ribeiro; <i>et al.</i>	2015	Objetivo: Investigar o comportamento sexual de adolescentes e jovens de 15 a 24 anos. MÉTODOS: Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico e transversal, com 210 escolares da Rede Pública Estadual de Ensino da Região Oeste de Goiânia, com base em um questionário anônimo e autoaplicável
17-Savegnago, Sabrina Dal Ongaro and Arpini, Dorian Mônica.	2016	O objetivo deste estudo consiste em apresentar alguns aspectos referentes ao diálogo sobre sexualidade entre pais e adolescentes, a partir do ponto de vista de mulheres que possuem filhos(as) adolescentes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais com mães que frequentavam um Centro de Referência em Assistência Social de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

6-Ferrari, Felipe Cavalcanti	2016	O presente trabalho tem por objetivo produzir uma narrativa acerca da emergência da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), uma intervenção biomédica voltada para a prevenção do HIV. Pautada no uso de antirretrovirais, os medicamentos utilizados para tratamento do HIV/Aids, a PrEP constitui parte do que vem sendo chamado de uma biomedicalização da resposta à epidemia
Ministério da Saúde	2017	O governo brasileiro inicia a oferta de PrEP em 2017, com a incorporação dessa nova tecnologia ao SUS e com a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV (PCDT-PrEP).
Queiroz, Artur Acelino Francisco Luz Nunes e Souza, Alvaro Francisco Lopes de.	2017	Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, desenvolvido por meio de observação sistemática não-participativa. Durante o período de julho de 2015 a junho de 2016, todas as postagens realizadas no grupo foram catalogadas e formaram um corpus. Tudo foi processado no software IRaMuTeQ e analisado pela classificação hierárquica descendente. Os dados obtidos foram agrupados em três classes: (1) prevenção do HIV/aids: discutindo sobre profilaxia, tratamento, público alvo e efeitos colaterais; (2) acesso universal a PrEP no Brasil:

		discutindo as responsabilidades governamentais; (3) compra on-line da truvada: expondo uma situação de vulnerabilidade.
Santos, Débora de Oliveira; <i>et al.</i>	2017	Os adolescentes são considerados grupo vulnerável e exposto a diferentes ameaças à saúde, tornando-se necessária a discussão sobre aspectos éticos relacionados a sua participação em pesquisa e prática clínica. Por meio de revisão integrativa de literatura foram selecionados estudos que abordaram aspectos bioéticos relacionados à vulnerabilidade de adolescentes nos últimos quinze anos.
Maranhão, Thatiana Araújo; <i>et al.</i>	2017	Objetivou-se analisar a repercussão da iniciação sexual de jovens com antecedentes obstétricos no número de gestações e de parceiros, em Teresina (PI). Trata-se de estudo seccional, realizado com 464 jovens selecionadas por amostragem acidental, que finalizaram uma gravidez quando tinham idade de 15 a 19 anos, no primeiro quadrimestre de 2006, em seis maternidades do município.
Genz Niviane; <i>et al.</i>	2017	Objetivo: avaliar o conhecimento e comportamento sexual de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis

<p>Maciel, Kellyne Mayara do Nascimento, <i>et al.</i></p>	<p>2017</p>	<p>Objetivo: descrever o comportamento sexual dos adolescentes das escolas estaduais do município de Senhor do Bomfim, Bahia. Método: estudo quantitativo descritivo. Foram pesquisados 185 adolescentes de 16 a 19 anos.</p>
<p>Ministério da Saúde</p>	<p>2018</p>	<p>Este estudo constitui como uma ferramenta de apoio técnico para trabalhar a estratégia da Prevenção Combinada nos territórios e que, a partir deste documento, trabalhadores (as) e gestores(as) de saúde tenham condições de assimilar o conceito de Prevenção Combinada do HIV, entendendo sua diversidade e as várias possibilidades trazidas por esse modelo de prevenção – sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar o tema.</p>
<p>Un aids</p>	<p>2018</p>	<p>Estatísticas globais atualizadas sobre o HIV</p>
<p>Rodrigo Augusto T. M. Leal da Silva</p>	<p>2018</p>	<p>O artigo analisa a defesa da liberdade sexual, da diversidade e dos direitos sexuais pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo e pelos movimentos sociais no processo de inclusão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Sistema Único de Saúde – SUS para HIV/Aids, enfatizando o contraponto feito nas atuações contra discursos e práticas institucionalizados</p>

		heteronormativas e tecnocráticas
Sehnm, Graciela Dutra; <i>et al.</i>	2018	Analisar as experiências de adolescentes que vivem com HIV/aids acerca da sexualidade.
Zucchi EM, Grangeiro A; <i>et al.</i>	2018	A profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) tem sido considerada estratégica e promissora no controle da epidemia de HIV globalmente.

Fonte: Pesquisador

Os artigos pesquisados demonstraram que a PEP é uma medicalização de prevenção pós-exposição que consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por 28 dias, iniciando em até 72 horas após a provável exposição sexual ao HIV. Está disponível como estratégia de prevenção ao HIV desde o ano de 1998. Bastante aplicada nos acidentes ocupacionais e a partir dos anos 2000 com vítimas de abuso sexual, também empregada em situações em que houver falha, rompimento ou não uso do preservativo em relações sexuais com pessoas infectadas pelo HIV ou com maior probabilidade de estarem infectadas³⁻¹¹.

Uma revisão sistemática desenvolvida em 2009 indica que os estudos realizados sobre o custo-efetividade da PEP sexual têm muitas limitações, por exemplo: Falta de dados publicados sobre eficácia clínica após a exposição. Esta revisão mostra que a PEP sexual tem sido demandada por homens que tem sexo anal receptivo desprotegido com homens, quando o parceiro de origem é sabidamente soropositivo ou não, heterossexuais após sexo anal receptivo desprotegido (mulheres), e usuários de drogas injetáveis compartilhando agulhas com pessoa sabidamente soropositiva. Nesta revisão, a análise de custo-efetividade sugeriu que a PEP sexual é rentável para todas as relações sexuais entre homens (anal receptivo e insertivo desprotegidos, sexo oral receptivo desprotegido) e possivelmente tem bom custo-benefício para usuários de drogas injetáveis e mulheres de alto risco³

“PrEP é a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV”. Significa tomar medicamento anti-HIV de forma programada para evitar uma infecção pelo HIV caso ocorra uma exposição. Novo método de prevenção ao HIV que está disponibilizado no SUS¹⁻¹¹.

Essa intervenção que recebeu grande atenção a partir de episódios marcantes como a aprovação do uso do Truvada, uma combinação de antirretrovirais (Tenofovir e intricitribina) para este tipo de uso pela Foodand Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos em 2012 e pelas recomendações publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014. Se pela eficácia apresentada nos ensaios clínicos desenvolvidos, com redução do risco de infecção que varia de 96 a 100%, a depender da adesão terapêutica¹¹⁻¹³. Seu uso é particularmente recomendado para populações-chaves vulneráveis a infecção dentre os quais se destacam homens que fazem sexo com homens (GOIS OU HSH) travestis, transexuais, parceiros soro divergentes quando só um tem o vírus². O tratamento da PrEP consiste em doses diárias de antirretrovirais (ARV) de uso

contínuo, é preciso tomar o comprimido diariamente para ficar protegido do HIV, sendo que a proteção se inicia a partir do 7º dia para exposição por relação anal e a partir do 20º dia para exposição por relação vaginal. Só é indicada após testagem do paciente para HIV, uma vez que é contraindicada para pessoas já infectadas pelo vírus. A indicação é para pessoas que não estão infectadas pelo HIV, mas que estão no grupo de risco. O governo brasileiro iniciou a oferta de PrEP em Dezembro de 2017, incorporando ao SUS. Está disponível, em 36 serviços do Sistema Único de Saúde em 22 cidades brasileiras².

Em 2015 a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid) tiveram em um documento escrito: Profilaxia oral pré-exposição: colocando uma nova escolha no contexto, recomendações de incorporações da PrEP nos estados-membros da ONU (Organização das Nações Unidas). Estudos científicos da sua eficácia e efetividade foram evidenciados e constataram que muitos aderiram ao novo tratamento preventivo, e aos poucos casos de reações adversas relacionadas ao uso diário, associadas as vantagens². Logo depois em 2016 Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde brasileiro informou a incorporação da PrEP no SUS até o final de 2016, não obstante, em 2017 foi aberta a referida consulta pública pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) para elaboração do protocolo clínico e diretrizes terapêuticos, daí iniciou-se o processo burocrático de disponibilização de efetiva da política pública e implementação no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Desde a descoberta dos primeiros casos de infecção por HIV, o Brasil teve um papel fundamental na resposta global à epidemia. Porém, nos últimos anos, os números em relação às novas infecções no país mostram que as iniciativas de prevenção ao HIV/AIDS não têm trazido os resultados esperados, produzindo um aumento das novas infecções¹¹, especialmente entre a população jovem. O Brasil está na vanguarda a muito tempo, da prevenção e do tratamento HIV na América Latina. O Brasil foi o primeiro país da região a disponibilizar gratuitamente a terapia antirretroviral altamente ativa, que relatou a eficácia da profilaxia pré-exposição (PrEP) com emtricitabina oral diária e fumarato de tenofovir disoproxil para prevenir a infecção pelo HIV em homens que fazem sexo com homens, em mulheres transexual, vulneráveis ao HIV sob condições do mundo real no sistema de saúde pública brasileiro. No entanto, a importância deste estudo deve ser catalizadora para o resto da região implementar a PrEP. Os resultados indicaram que foi eficaz, a adesão foi boa e que a compensação do risco não foi observada. Várias pesquisas mostram que Homens que fazem sexo com homens e mulheres transexual que estão dispostas a usar a PrEP têm boa adesão à droga e não começam a ter relações de risco^{2,5}.

Projetos de demonstração e explicação estão sendo aplicados em outros setes países da América latina para o fortalecimento e a promoção do uso do antirretroviral para a implantação da PrEP. Outras ferramentas de prevenção que inclui preservativos, lubrificantes, educação e aconselhamento, testagem para ISTs e outros serviços de apoio. Nossa esperança é que o projeto de demonstração da PrEP do Brasil sirva como um momento decisivo para a região².

As epidemias de HIV na América Latina e em grande parte do Caribe estão altamente concentradas entre homens que fazem sexo com homens e mulheres trans. com as taxas de infecção nessas populações permanecendo altas desde 2010. O Peru é um caso ilustrativo, com aproximadamente 0,3% dos adultos entre 15 e 49 anos na população geral vivendo com o HIV, mas com uma taxa de prevalência desconcertante entre HSH (15,2%) e mulheres trans (13,8%). No

México, as estatísticas são ainda piores, com uma prevalência geral de HIV de 0,2% versus 17,1% em HSH e 20% em mulheres trans⁷. No entanto, em 2018, quase uma década após o iPrEx, (Iniciativa Profilaxia Pré-Exposição), poucos países da América Latina e do Caribe incluíram a PrEP em seus planos nacionais de prevenção do HIV⁵. Então, por que a implementação da PrEP tem sido tão lenta? Infelizmente, os suspeitos habituais, incluindo conhecimento insuficiente entre tomadores de decisões, o medo do aumento das despesas associadas à PrEP, a criminalização dos comportamentos sexuais e o estigma e a discriminação que os homens que fazem sexo com homens e as mulheres trans enfrentam em muitas partes da região, conspiram para negar a PrEP a essas populações vulneráveis².

A pessoa candidata ao uso da PrEP deve compreender no que consiste essa estratégia e como ela se insere no contexto do gerenciamento do seu próprio risco de adquirir a infecção pelo HIV, de forma a avaliar sua motivação em iniciar o uso da PrEP. Deve-se explicar às pessoas que a PrEP é um método seguro e eficaz na prevenção do HIV, com raros eventos adversos, os quais, quando ocorrem, são transitórios e passíveis de serem manejados clinicamente. Convém reforçar que a efetividade dessa estratégia está diretamente relacionada ao grau de adesão à profilaxia¹⁻¹¹

Compreende que a ciência mostrou mulheres com HIV negativo, como o sonho de engravidar de parceiros portadores do HIV, podem se favorecer do uso da PrEP de maneira segura, ao longo da gravidez e amamentação para se proteger e seu bebê. Não é necessário na primeira consulta a prescrição para o uso da PrEP, cabendo ao profissional de saúde uma reflexão minuciosa do uso da PrEP ou não para esse indivíduo(a), por outro lado aqueles que se demonstram o interesse e apresentem um grande risco de adquirir o HIV, estudos demonstram que o uso da PrEP é significativamente mais protetora quanto menor tempo de espera para ser ofertado a medicação. A OMS recomenda quando interromper a PrEP nos seguintes casos: Quando houver uma detecção de infecção do vírus HIV, cujo indivíduo não tiver mais vontade ou interesse da utilização da medicação, ou uma mudança no estilo de vida e no seu comportamento sexual¹⁻¹¹.

Trata-se da noção de que quem usa PrEP passa a se preocupar mais com sua saúde, pois esse é um programa que inclui exames trimestrais de sangue, orientação de profissionais de saúde e conscientização constante sobre ISTs". Nesse sentido, utilizar-se da PrEP não é apenas tomar uma pílula todos os dias, mas aderir a um regime de constante vigilância sobre a própria saúde⁶⁻¹¹.

Caberá, a população de adolescente e jovem que é identificada na literatura internacional um dos grupos de maior vulnerabilidade para contrair infecções sexualmente transmissíveis; aproximando, no entanto, a esses grupos o vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹²⁻¹³.

O Período da adolescência é transformador do desenvolvimento físico, cognitivo e biopsicossocial, influenciado pela cultura, que é indicadora do comportamento e vivências⁸. Para o adolescente as medidas de orientações podem apresentar-se de forma de ajustamento e controle de caráter moral⁹. Dentro dos grupos de adolescentes e jovens ainda há outros fatores potencializadoras para o risco de contrair o HIV, muitas das vezes a falta de informações dentro do ambiente familiar ou crenças religiosas que limita as informações, baixa autoestima, autoconfiança e o sistema educacional desestimulante¹². Cada um tem suas próprias percepções adquiridas a partir de suas próprias experiências¹⁴. Os jovens têm suas primeiras relações sexuais sem o comprometimento do contato sentimental

usada pela expressão “ficar”¹⁵. A falta de conhecimento, a falta de diálogo com os pais e medo de compartilhar experiências com os familiares¹⁶.

Agrega também a falta do uso do preservativo na maioria das relações sexuais, deixando a compreensão do sexo como algo intuitivo¹⁵. Não obstante o conhecimento da importância é relevante¹⁶. Aumento das atividades sexual com múltiplos parceiros, iniciação da vida sexual precoce e o uso de bebidas alcoólicas antes das relações sexuais. Os adolescentes e jovens iniciam a vida sexual precoce sendo envolta dos seus 10 a 14 anos de idade, fator potencializador para o elevado número de infectado pelo HIV⁹⁻¹². Há um déficit relacionado na orientação do escolar e a interação dos professores com o serviço de saúde, a fim de encorajar nas práticas sexuais seguras¹⁶. Essa fase de transição da adolescência para vida adulta traz grandes mudanças tanto corporais como de personalidade¹⁷. Entretanto, embora o desenvolvimento seja natural e esperado, os jovens iniciam a vida sexual cada vez mais cedo colocando-se em risco¹⁸.

Empregando os descritores “HIV”-“PrEP”(Quadro 2), de forma combinatória, foi encontrados um total de 59 artigos, dos quais 3 foram selecionados correspondente ao tema proposto. Pode-se dizer que a Profilaxia Pré-exposição Sexual (PrEP) é uma forma de levar até as pessoas um novo método e eficaz para a prevenção do HIV, elevando o otimismo sobre o controle mundial da doença, neste contexto fica claro que o maior objetivo é encontra uma forma de controlar esta doença com uso diário de medicações antirretrovirais (Tenofovir associado à Tentricitabina)¹³. O mais importante, é que o papel fundamental é interagir todos os grupos que se encaixa mais vulnerável para o uso da PrEP e desse modo, cria-se um processo contínuo para diminuir o avanço do vírus. Não é exagero afirmar que a PrEP é um dos grandes avanços da ciência para a população que esta, mas vulnerável ao vírus. Ocorreu todo esse mecanismo visando o planejamento e execução de novas práticas para o controle do vírus, onde será preciso uma divulgação, mas ampla dessa medicação para a população com maior vulnerabilidade, contudo, obtendo grandes resultados positivos acerca da doença⁶⁻¹¹⁻¹³.

Usando os descritores “adolescentes” e “sexualidade”, de forma combinatória, foram encontrados um total de 150 artigos, dos quais 6 foram utilizados para o artigo, seguindo os critérios de exclusão. Segundo a OMS, o Brasil teve grande participação no controle do HIV, contudo, este foi crescendo cada vez mais, principalmente no público adolescente, fica claro que o maior objetivo é encontrar uma forma de conscientizar toda a população principalmente os jovens sobre a importância da prevenção contra a infecção do HIV tornando o vírus cada vez mais longe da população¹⁻¹¹⁻¹³.

Utilizando o descritor “PrEP” foram encontrados um total de 30 artigos, destes somente 3 foram utilizados, seguindo a metodologia do estudo. A Prep é uma sigla que tem como significado profilaxia pré-exposição ao HIV, se refere a prevenir, ou reduzira chance da transmissão sexual do HIV, a partir do uso de medicamento antirretroviral, sendo este dois tipos de medicação diferentes combinados em um só comprimido, fica claro que o maior objetivo é encontrar uma necessidade de prevenção cada vez mais eficaz a fim de obter grandes resultados e diminuir o avanço do HIV, o mais preocupante é o crescimento do HIV sobre o público jovem³.

Usando os descritores “ HIV” e “Prevenção”, foram encontrados 434 artigos, dos quais 2 foram selecionados para este estudo. Pode-se dizer que o HIV se tornou um dos problemas de saúde mundiais, porém, há uma grande evolução por

parte da ciência acerca da prevenção do vírus, haja vista novas combinações de medicamento foram surgindo com o passar dos anos, como é o caso da Prep⁷. Recomendada desde 2012 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns países já oferecia essas medicações, sendo o Brasil é o primeiro país da América Latina a oferecer a medicação gratuita pelo Sistema Único de Saúde desde janeiro de 2018 ao público com maior susceptibilidade a adquirir ao vírus¹.

Usando os descritores "Saúde Sexual", booleano foram encontrados 203 artigos, sendo incluídos neste estudo um total de 4 artigos. Pode-se observar que há um déficit na orientação sexual de jovens e adolescentes a cerca dos métodos preventivos de infecções sexualmente transmissíveis, os deixando vulneráveis, pois estão iniciando a vida sexual cada vez mais precocemente¹².

Considerações Finais

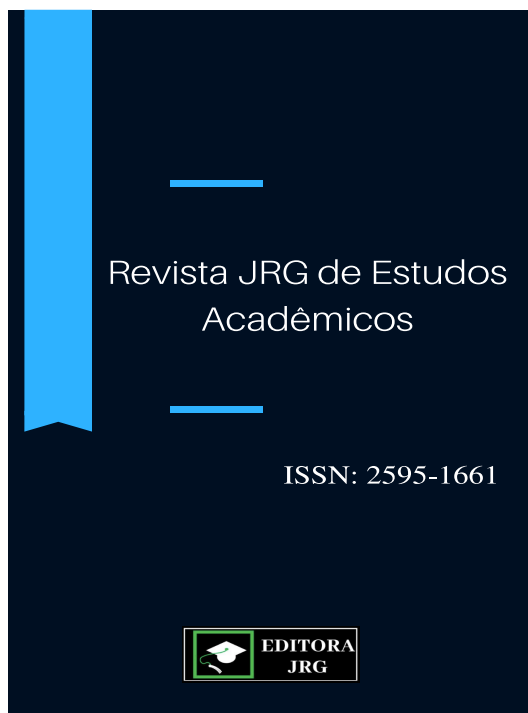
Considera-se o conhecimento acerca de métodos preventivos insuficientes para promover a autopercepção de risco acerca das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV, pois a sexualidade precoce, associada como uso de álcool e drogas ilícitas, torna os jovens vulneráveis a sexualidade, multiplicidade de parceiros sexuais e o sexo desprotegido, mostrando-nos a necessidade de intervenções para promover a prevenção.

A PrEP por ser uma terapêutica introduzida a pouco tempo no Brasil é de pouco ou nenhum conhecimento entre os jovens, sendo destinada a público alvo em situações de risco como: profissionais do sexo, homossexuais, casais soro divergentes. Encontramos a necessidade de profissionais destinados a orientação das práticas sexuais entre os jovens. Após análise dos estudos selecionados foi possível alcançar objetivos, sendo notória a relação do uso de PrEP como profilaxia para o aumento do número de novos casos de HIV.

Referências

- 1- Brasil, Ministério da Saúde 2017-DF Diretrizes Para a Organização dos Serviços de Saúde que Ofertam a Profilaxia Pré-exposição sexual ao HIV(PrEP) no SUS
- 2- Unaid J. Fact Sheet - as mais recentes estatísticas globais e regionais sobre o status da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS. 2017 jun
- 3- Maksud, Ivia; Fernandes, Nilo Martinez; Filgueiras, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 104-119. 2015 .
- 4- Silva, Rodrigo Augusto T. M. Leal da. Diversidade e liberdade sexual: Defensoria Pública, movimentos sociais e a PrEP no SUS. Serv. Soc. Soc.,São Paulo, 132, p. 346-361, Ago. 2018 .
- 5- Caceres C, Koechlin., F Goicochea P, ET AL. As Promessas e os Desafios da Profilaxia Pré-Proibição como Parte do Combate Emergente da Prevenção do HIV Combinada– j.int AIDS SOC 2015
- 6- Ferrari Cavalcante Felipe, A Emergência da Profilaxia Pre- Exposição (PrEP) : uma narrativa sobre diferentes engajamentos com a Produção do Saber Científico no Prevenção do HIV 2016

- 7- Queiroz Artur Acelino Francisco Luz Nunes, Sousa Alvaro Francisco Lopes de. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 .
- 8- Maranhão Thatiana Araújo, Gomes Keila Rejane Oliveira, Oliveira Delvianne Costa de, Moita Neto José Machado. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2017 .
- 9- Maciel, Kellyne Mayara do Nascimento; Andrade, Magna Santos; Cruz, Lorena Zuza; Fraga, Chalona Duarte de Sena, Paixão. Caracterização do Comportamento Sexual entre adolescentes. Dez 2017.
- 10-Santos Débora de Oliveira, Gomes Fabíola Alves, Teixeira KelyRaspante, Roever Leonardo, FuzissakiMarceila de Andrade, Faleiros Tales et al . Vulnerabilidade de adolescentes em pesquisa e prática clínica. Rev. Bioét. [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Maio 21] ; 25(1): 72-81
- 11-Ministério da Saude, Prevenção combinada do HIV base conceituais para profissionais trabalhadores e gestores de saúde. 2017
- 12-Soares Leonardo Ribeiro, ET AL. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. Rio de Janeiro, Abril 2015.
- 13-Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, Estevam DL, Munhoz R. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública. 2018 Jul 23;34:e00206617.
- 14-Macedo EO, Conceição MI. Significações sobre adolescência e saúde entre participantes de um grupo educativo de adolescentes. Psicologia: ciência e profissão. 2015 Dec;35(4):1059-73.
- 15-Sehnem Graciela Dutra,/ Pedro Eva Neri Rubim, Ressel Lúcia Beatriz, Vasquez Maria Eduarda Deitos. Adolescentes que vivem com HIV/aids: experiências de sexualidade. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018
- 16-Genz Niviane, Meincke Sonia Maria Könzgen, Carret Maria Laura Vidal, Corrêa Ana Cândida Lopes, Alves Camila Neumaier. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual dos adolescentes. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 24].
- 17-Savegnago SD, Arpini DM. A Abordagem do Tema Sexualidade no Contexto Familiar: o Ponto de Vista de Mães de Adolescentes. Psicologia Ciência e Profissão. 2016;36(1):130-44.
- 18-Viero Vanise dos Santos Ferreira, Farias Joni Marcio de, Ferraz Fabiane, Simões PriscylaWaleska, Martins Jéssica Abatti, Ceretta Luciane Bisognin. Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

**FATORES QUE INFLUENCIAM A DEPRESSÃO NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO
FACTORS THAT INFLUENCE DEPRESSION IN THE CLIMATE PERIOD¹**

*Marilene dos Santos Silva²
Maura Rosana Alves da Silva³
Me. Lídia Câmara Peres⁴*

Resumo:

No período do climatério as mulheres apresentam fatores de risco significativos, aumentando a predisposição para ocorrência de sintomas depressivos e depressão, desse modo, faz-se necessário analisar o índice de depressão no período do climatério. Sendo assim este estudo objetivou analisar, por meio de revisão integrativa os fatores que influenciam a depressão no período do climatério, visando observar as modificações mais frequentes que interferem na qualidade da vida da mulher. O

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Graduanda do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: marileneenfdf@gmail.com.

³ Graduanda do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: maura.silva.enf@gmail.com.

⁴ Graduada em Enfermagem pela União Educacional do Planalto Central (2007). Mestre em gerontologia, Universidade Católica de Brasília- UCB (2012). Possui Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho pela CBPEX/ FACISA (2008) e Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica no Centro Universitário UNIEURO (2010). Atualmente é professora da disciplina de saúde da mulher e neonato do curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília e das Faculdades Integradas do Planalto Central- FACIPLAC. É enfermeira obstetra da SES-DF (Centro Obstétrico HRG), onde atua como preceptora do programa de residência em Enfermagem Obstétrica.

estudo trata-se de uma revisão integrativa, com abordagens qualitativa, baseado em artigos já publicados, nas bases de dados (*Lilacs, Scielo*), para maior compreensão do tema utilizou-se o protocolo da atenção básica da saúde da mulher do Ministério da Saúde (MS). A discussão dos resultados foi organizada em 5 subtemas: depressão, climatério, perimenopausa menopausa e pós menopausa. Conclui-se que é e de extrema importância analisar os fatores que influenciam a depressão no período de climatério.

Palavras-chave: Depressão; Climatério; Perimenopausa; Menopausa; Pós Menopausa

Abstract:

In the climacteric period, women present significant risk factors, increasing the predisposition for the occurrence of depressive symptoms and depression, thus, it is necessary to analyze the index of depression during the climacteric period. Thus, this study aimed to analyze, through an integrative review, the factors that influence depression in the climacteric period, aiming to observe the most frequent modifications that interfere in the quality of life of women. The study is an integrative review, with qualitative approaches, based on already published articles, in the databases (*Lilacs, Scielo*). To better understand the theme, the protocol of basic health care for women of the Ministry of Health Health (MS). The discussion of the results was organized into 5 subtopics: depression, climacteric, perimenopause, menopause and postmenopausal. It is concluded that it is extremely important to analyze the factors that influence depression during the climacteric period.

Keywords: Depression; Climacteric; Perimenopause; Menopause; Post Menopause

Introdução

Segundo Alves et al. (2015) o período do climatério é uma fase biológica do ciclo vital feminino que tem início normalmente por volta dos 40 anos de idade, podendo se estender até aos 65. É determinado pela baixa de produção dos hormônios estrogênio e progesterona pelos ovários. Muitas mulheres passam pelo climatério sem queixas, mas outras podem apresentar queixas diversificadas e com intensidades diferentes.

Segundo o Ministério da Saúde (2016) as principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde são: Ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga, diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia, mucosa mais delgada, propiciando prolapsos genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional. (BRASIL, 2016).

O climatério nem sempre está associado às alterações físicas e emocionais comuns que ocorrem neste período, mas quando surge é caracterizado como síndrome do climatério. Os sintomas do climatério sofrem influência de inúmeros fatores de ordem biológica (ligados à queda dos níveis de estrógenos ou em decorrência da senilidade), aspectos psicológicos (envolvendo a autopercepção da mulher, ou seja, como essa mulher enfrenta esse momento da sua vida) e aspectos sociais (relacionados à interação da mulher com os familiares, amigos e comunidade). O marco da fase de climatério é a menopausa, que é o final do ciclo menstrual, que

se reconhece somente após doze meses da sua ocorrência e acontece em média entre 40 e 65 anos de idade (ALVES et al., 2015).

A mulher que tem uma percepção mais negativa da menopausa tende a apresentar tanto uma piora na qualidade de vida, como sintomas mais severos do climatério, podendo citar quadros depressivos (PERSEGUIM et al., 2011).

Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhado de outros sintomas citados a seguir: concentração e atenção assim como auto-estima e autoconfiança reduzidas, aliadas à interferência funcional ou social. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir associado aos sintomas ditos "somáticos", a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. (PERSEGUIM et al., 2011).

O objetivo deste trabalho é descrever os fatores que podem influenciar a depressão no período do climatério, ou seja, as influências psicológicas, físicas e sociais causadas pelo período do climatério na vida da mulher.

Metodologia

O presente estudo se trata de uma revisão teórica, de natureza qualitativa, realizada através de um levantamento de dados, de artigos já elaborados. Foi realizado uma pesquisa na base de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*Lilacs*), Ministério da Saúde - MS, Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de melhor compreender o tema proposto.

A busca dos artigos incluídos na revisão foi realizada em importantes bases de dados nacionais, sendo: *Lilacs*, *SciELO* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O tempo de busca foi de março a junho de 2019. Os critérios de inclusão foram definidos com base nos objetivos, sendo incluídos apenas artigos recentes, publicados nos últimos 13 anos (entre 2007 a 2019), em língua portuguesa, estudos originais, disponíveis na íntegra e gratuitamente em meio eletrônico. Os trabalhos que não atenderam esses critérios foram excluídos do estudo. Após o levantamento das publicações, 41 trabalhos foram selecionados inicialmente, lidos e analisados. Segundo os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos, 20 pesquisas foram elegidas, lidas na íntegra e analisadas em profundidade. Posteriormente, procedeu-se sua sistematização, de modo a dar visibilidade às principais características de cada produção (autor, título, objetivo, metodologia e resultados), mantendo-se a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores.

O levantamento bibliográfico foi realizado utilizando mecanismos de buscas da *internet* onde foram selecionadas 41 publicações relacionadas ao tema nos últimos 13 anos e, após minuciosa triagem respeitando os critérios de inclusão e exclusão, foram destacados 20 estudos, para exploração do tema proposto. Ao final, a partir da análise, selecionou-se 19 trabalhos para a exploração do tema.

Resultados e discussões

Conforme exposto na introdução, a fase do climatério apresenta na vida da mulher modificações hormonais significativas, induzindo a predisposição para a

ocorrência de depressão, tornando-se de suma importância a abordagem do tema.

Após a seleção dos artigos, iniciou-se uma análise que serviu de base para a composição da Tabela 1, na disposição de eixos temáticos, divididos em três temas. Diante do exposto, o eixo temático 1 descreve a relação entre climatério e depressão. O eixo temático 2 descreve a relação do climatério e as modificações na vida da mulher. Por fim, o eixo temático 3, contempla o papel do profissional de enfermagem no enfrentamento ao período do climatério.

Tabela - 1: Artigos levantados nas bases de dados LILACS e SCIELO sobre Climatério

Eixo temático	Título	Autor	Ano	Objetivo	Resultados
Eixo temático 1	Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D	FERNANDES e ROZENTHAL	2008	O objetivo deste estudo foi avaliar a sintomatologia depressiva em mulheres climatéricas com escala de depressão CES-D (Center Epidemiological Studies Depression Scale), do National Institute of Mental Health (EUA).	A média de pontuação da amostra foi de 9,2 (desvio padrão = 9,0). Os itens mais depontuados da escala foram relativos à insônia, tristeza e desânimo. Não houve associação significativa entre os escores e o período climatérico, características sociodemográficas, clínicas ou ginecológicas, exceto para as mulheres com presença de sintomas psíquicos, histórico depressivo e uso atual de antidepressivos (p = 0,000). Entre as 32 mulheres (21%) com pontuação > 15 na CES-D, 72% referiram episódio depressivo. Dentre as participantes sem histórico depressivo, as perimenopáusicas apresentaram escores > 15 com maior frequência.

Eixo temático	Depressão	ePOLISSENI et 2009	Determinar	aMédia de prevalência
1	ansiedade	emal.	prevalência	de de depressão entre
Climatério	emulheres		depressão	eas pacientes
Depressão	climatéricas:		ansiedade	emavaliadas foi de
	fatores		mulheres	36,8% enquanto que
	associados		climatéricas e osda	ansiedade foi de
			prováveis fatores	53,7%. Não houve
			responsáveis pordiferença	significativa
			sua ocorrência.	entre a prevalência de
				depressão e
				ansiedade e as três
				fases do

Eixo temático	Título	Autor	Ano	Objetivo	Resultados
					climatério. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento dessas alterações do humor ($p < 0,001$). A depressão foi mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade (OR=4,2) e insônia (OR=4,9) sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção (OR=0,2). Os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão (OR=6,1) e os antecedentes de tensão pré-menstrual (OR=7,0).
Eixo temático 1	Climatério e Depressão	Climaterio, salud y depresión, un abordaje psicosocial: Estudio exploratorio en un grupo de mujeres de la Ciudad de México	REAL et al. 2017	O objetivo do estudo foi avaliar o cansaço físico e saúde no climatério e manifestações depressivas.	Foram relatados: insônia, dores musculares, irritabilidade, ondas de calor e sintomas de depressão.
Eixo temático 1	Climatério e Depressão	Associação entre a depressão e fatores clínicos em mulheres climatéricas	ARRUDA et al. 2017	Analisar a associação entre depressão e fatores clínicos em mulheres climatéricas da cidade de Montes Claros, MG.	Conclui-se que a prevalência da depressão no climatério é significativa estando relacionada à intensidade dos sintomas climatéricos, especialmente com os distúrbios da qualidade do sono e com a ansiedade.

<p>Eixo temático 1 Climatério e Depressão</p>	<p>Fatores de risco para a depressão em mulheres no climatério</p>	<p>ROCHA 2017</p>	<p>Definir responsáveis por sintomas depressivos em mulheres período climatério, pacientes Ambulatório Climatério Ginecologia no Hospital</p>	<p>Com o número de sujeitos abordado nesse estudo observou-se uma presença significativa de sintomas depressivos e transtorno de depressão maior na população estudada, é possível ver a influência na predisposição da patologia no estado civil, classe econômica,</p>
--	--	-------------------	---	--

Eixo temático	Titulo	Autor	Ano	Objetivo	Resultados
				Universitário Brasília – HUB, localizado Brasília, Federal.	de atividade profissional física, histórico familiar abordando a genética e luto, sono e história pregressa.
<p>Eixo temático 2 Climatério e as Modificações na vida da mulher</p>	<p>Qualidade de vida climatério: uma revisão sistemática da literatura</p>	<p>de MORAES; SCHNEID</p>	<p>2015</p>	<p>Identificar interferência climatério da mulher.</p>	<p>a Esta pesquisa revela do que a sintomatologia climatério é bastante diversa. A intensidade dos sintomas dependerá da forma como a mulher irá vivenciar essa fase de transformações e do seu estilo de vida prévio. As alterações hormonais presentes nesse período causam grande desconforto causando mudanças no humor como ansiedade e depressão além de fadiga, que podem reduzir a sua capacidade produtiva.</p>
<p>Eixo temático 2 Climatério e as Modificações na vida da mulher</p>	<p>Saúde de mulheres no climatério em sistema prisional</p>	<p>de SANTOS et al.</p>	<p>2017</p>	<p>Objetivou identificar sintomas problemas afetam a saúde nos relatos das mulheres passam período climatério, quando se</p>	<p>As mulheres privadas de liberdade, ao passarem pelo período do climatério, lidam com os sintomas e os problemas que afetam a saúde no dia a dia de confinamento, quando convivendo com barreiras diárias e</p>

privadas de imposições institucionais. ao liberdade. serem questionadas sobre como vivenciam esse período, pode-se observar como esse grupo vulnerável feminino reconhece as dificuldades vivenciadas durante o climatério, sobretudo quando sobrepostas a situações próprias da privação de liberdade. a maioria das entrevistadas referiu passar pelo período do climatério de maneira desconfortável e/ou naturalizada..

Eixo temático Intensidade da
2 climatério e climatérica em
Climatério as
as modificações
SANTOS et al. 2017
sintomatologia
e climatérica em
mulheres pós-

Avaliar as características e intensidade da sintomatologia climatérica leve, 36,8% das mulheres apresentaram sintomatologia climatérica leve, 56,3%

Eixo temático	Titulo	Autor	Ano	Objetivo	Resultados
a vida mulher	da menopausa			climatérica em mulheres menopausa.	moderada e 6,9% em pós-severa. Em ordem decrescente fogachos, irritabilidade e distúrbios do sono alcançaram os maiores índices de intensidade

Eixo temático Epidemiologia da
2 menopausa eal.
Climatério dos sintomas
as climatéricos em
Modificações mulheres de uma
na vida da região
mulher metropolitana no
sudeste do
Brasil: inquérito
populacional
domiciliar
LUI FILHO et 2015

Avaliar a idade da menopausa e fatores associados aos sintomas menopausais em uma região metropolitana do sudeste do Brasil. A intensidade dos sintomas menopausais está relacionada a um amplo conjunto de fatores. Entender e controlar estes fatores pode auxiliar na redução dos sintomas menopausais, além de fornecer dados para definir grupos que necessitam maior atenção por parte dos serviços de saúde.

<p>Eixo temático 2 Climatério as Modificações na vida da mulher</p>	<p>Climatério: aALVES et al. 2015 intensidade dos sintomas e o desempenho Sexual</p>	<p>O presente estudoAs mulheres com objetivou verificar apadrão de associação entre adese desempenho sexual intensidade dosbom/excelente, em sintomas nosua maioria, referiram climatério e oapresentar sintomas padrão deles na escala desempenho menopausal, e as sexual de mulheresque apresentaram um neste período dopadrão ciclo vital. ruim/desfavorável, tinham altos percentuais de manifestações moderadas e intensas. Os sintomas de intensidade leve estiveram associados a um melhor padrão de desempenho sexual, presumindo- se que alterações neste padrão tem forte relação com a intensidade dos sintomas.</p>
<p>Eixo temático 3 Atuação profissional de enfermagem no climatério</p>	<p>O papel doANDRADE et 2018 enfermeiro nosal. docuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico</p>	<p>O papel dosEssa pesquisa enfermeiros nopossibilitou identificar período doas práticas de climatério cuidados relacionadas à saúde da mulher no período do climatério onde o enfermeiro tem a função de gerenciar o cuidado como educador e orientar através de</p>

Eixo temático	Título	Autor	Ano	Objetivo	Resultados
					<p>informações baseadas nos sinais e sintomas relatados pelas mesmas Entende-se que o enfermeiro deve desenvolver esse trabalho</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2008 a 2018)

Na tabela, as disposições das informações dos artigos estão relacionadas

conforme o eixo temático, título, autor, o ano de publicação, os objetivos e a síntese de resultados.

No eixo temático 1, tornou-se evidente nos cinco artigos analisados que a incidência da depressão é crescente, tem representando um problema para a saúde pública.

A prevalência da depressão em mulheres climatéricas é um fator de grande significância, podendo afetar tanto a saúde física quanto mental dessas mulheres. Desse modo, a depressão é capaz de interferir no nível de ansiedade, alterar o ganho de peso, além de predispor distúrbios do sono nas mulheres afetadas (ARRUDA et al., 2017).

De acordo com os artigos propostos é muito difícil detectar associações significativas entre o período do climatério com a depressão, em sua grande parte devido ao desconhecimento por parte da mulher.

No eixo temático 2 fica claro que o período do climatério trás modificações significativas na vida da mulher, no âmbito pessoal, social e psicológico.

O eixo temático 3, revelou que é necessário que todas as pacientes sejam orientadas e conscientizadas a respeito da importância de procurar ajuda médica.

1. Climatério e Depressão

Tendo como referência a menopausa, segundo Fernandes et al. (2011), pode-se fragmentar o climatério em três períodos: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.

De acordo com Silva (2009) a pré-menopausa se inicia de 35 a 45 anos, e esta fase é marcada pela ocorrência da hemorragia uterina disfuncional e síndrome da tensão pré- menstrual. Neste período a modificação mais notável é endócrina com a elevação gradual dos níveis séricos do hormônio folículo estimulante (FSH)

A perimenopausa se caracteriza também pela elevação do FSH, só que de forma mais intensa, neste período iniciam-se os primeiros indícios da menopausa com a alteração dos ciclos menstruais, que podem ser mais curtos ou mais longos. Nesta fase, a presença da deficiência estrogênica, pode em alguns casos, acarretar os sintomas típicos do período, como os fogachos, os transtornos de humor e os distúrbios do sono. (FERNANDES et al., 2011)

Após a ocorrência da última menstruação, ocorre a pós-menopausa, que em geral, se caracteriza pela exacerbação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo. Neste período os níveis de FSH estão muito elevados e os níveis plasmáticos estrogênicos estão persistentemente baixos (SOARES et al., 2012).

As manifestações clínicas podem ser divididas de acordo com Santos et al. (2007), em: neurogênicas, psicogênicas, metabólicas (metabolismo ósseo e lipídico), mamárias, urogenitais, e do sistema tegumentar.

As chamadas neurogênicas mais comuns são: fogacho diurno e noturno, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesia, insônia, perda de memória e fadiga.

Os sintomas psicológicos podem interferir nos relacionamentos sociais das mulheres. Os principais, descritos por Fernandes et al. (2011) são: ansiedade, irritabilidade, choro imotivado, redução da libido, dificuldade de concentração e redução da memória.

Em algumas mulheres podem surgir modificações mamárias que tornam as mamas atroficas, flácidas e diminuem o volume substituindo o parênquima por tecido

adiposo, fator que pode levar ao quadro depressivo (SANTOS, 2007).

Segundo o *Center for Epidemiological Scale-Depression (CES-D)* todos ocasionalmente se sentem tristes, mas esses sentimentos geralmente são passageiros e passam dentro de algumas horas ou alguns dias. Quando as pessoas têm um transtorno depressivo, elas se sentem muito tristes por um longo tempo e não conseguem se livrar desse sentimento. Eles também costumam ter problemas com o sono, problemas com o apetite, se sentem cansados a maior parte do tempo e têm problemas para se concentrar.

A associação entre o climatério e instalação da depressão continua sendo foco de controvérsias. A confusão reflete o aparecimento de diversas teorias que tem estimulado várias pesquisas nesse campo. Uma delas aponta as flutuações hormonais como responsáveis pelas alterações do humor. Dessa feita, a perimenopausa, caracterizada pelas irregularidades menstruais associadas ou não aos sintomas climatéricos, é um período de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos. Alguns autores acreditam que a perimenopausa esteja fortemente associada ao aparecimento de sintomas de depressão, em mulheres sem história prévia de doença mental, quando presentes outros fatores de riscos, bem como elevado índice de massa corpórea, antecedentes de Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (TPM), ondas de calor, distúrbios do sono, desemprego e vínculos conjugais. A partir de uma perspectiva psicossocial, alguns pesquisadores argumentam que a depressão no climatério não ocorre devido às flutuações hormonais, mas devido às mudanças no meio familiar (separação, síndrome do ninho vazio, doença ou morte de familiares, diminuição de renda) (POLISSENI et al., 2009).

Foi realizado um estudo transversal com 151 mulheres entre 40 e 65 anos de idade, usuárias de serviço de ginecologia geral em unidade de atenção básica à saúde do Rio de Janeiro. Aplicou-se a escala CES-D e um questionário estruturado para a obtenção de dados sócio demográficos, clínicos e ginecológicos. O nível de corte > 15 pontos na CES-D foi considerado como indicativo de quadro depressivo. (FERNANDES e ROZENTHAL, 2008)

A escala de depressão CES-D foi aplicada pela pesquisadora a todas as participantes da pesquisa. Ela é composta por 20 itens que questionam sintomas depressivos nos últimos 7 dias anteriores à entrevista. Cada resposta admite quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor, sintomas psicossomáticos, sintomas ligados às interações sociais e sintomas relacionados à iniciativa motora. Utilizamos a pontuação > 15 pontos na escala como nível de corte que indicaria a presença de sintomas depressivos significativo. O estudo revelou uma pontuação média de 9,2 pontos (DP = 9,0) na escala de depressão CES-D entre mulheres climatéricas. Não foram detectadas associações significativas entre o escore obtido na escala e o período climatério em que a participante se encontrava na pré-menopausa, perimenopausa ou pós-menopausa. (FERNANDES e ROZENTHAL, 2008)

Guerra et al. (2009) realizaram um estudo clínico, prospectivo e transversal, com uma população constituída por 93 mulheres selecionadas dentre 300 mulheres atendidas no Serviço de Climatério do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), no período de maio de 2006 a agosto de 2007, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e história menstrual de tal forma que fosse possível distribuí-las equitativamente nas três fases do climatério. Foram incluídas no estudo mulheres na faixa etária dos 40 aos 65 anos e

que concordaram em participar do projeto. Com este estudo, observou-se que não houve diferença significativa entre a ocorrência de depressão e ansiedade nas três fases do climatério. A depressão foi mais frequente em mulheres portadoras de ansiedade e insônia, sendo a atividade remunerada considerada fator de proteção. Os fatores de risco relacionados à ansiedade foram a presença de depressão e os antecedentes de tensão pré-menstrual. Observou-se relação significativa entre a presença de sintomas climatéricos de intensidade moderada e o aparecimento das alterações do humor (GUERRA et al., 2009).

Real et al. (2017) realizaram uma pesquisa com 48 mulheres, com idades entre 38 e 59 anos, concluindo que dadas as mudanças hormonais, psíquicas e sociais que o processo vital e especificamente durante o climatério. Com as flutuações na saúde da mulher, eles se tornam particularmente vulneráveis, pelo processo de mudança e adaptação que o corpo enfrenta e gera uma série de sintomas e incertezas diante do medo do que é acontecendo. Deve-se notar que as mulheres participantes relatam ter pouca informação sobre esta fase da vida, razão pela qual é importante fornecer psicoeducação do climatério e fornecer informações adequadas e oportunas que lhes permitam enfrentar esta mudança em melhores condições, antecipar esse evento, tanto com o exercício físico com nutrição adequada, pois são necessárias (REAL et al., 2017).

Rocha (2017) realizou uma pesquisa com 259 pacientes do HUB, por meio de entrevistas e questionários, desse total, 12 pacientes não completaram os questionários. O método proposto ofereceu risco mínimo à saúde dos sujeitos estudados. Foram aplicados dois questionários durante a entrevista: Anamnese, contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). O BDI foi traduzido para o português e validado por Gorenstain e Andrade (1996) e desde então diversos estudantes e profissionais vêm aplicando o questionário com a finalidade de diagnosticar e classificar o quadro depressivo de pacientes. Com o número de sujeitos abordado nesse estudo observou-se uma presença significativa de sintomas depressivos e transtorno de depressão maior na população estudada, é possível ver a influência na predisposição da patologia no estado civil, classe econômica, atividade profissional e física, histórico familiar abordando a genética e luto, sono e história pregressa. Os fatores protetivos das entrevistadas foram o não uso de drogas, menor número de gestações e não residir sozinha. A idade, não obteve resultados significativos. As variáveis como a renda mensal, dores, insônia, obesidade e uso abusivo de álcool tiveram um maior valor de significância quando relacionado ao instrumento de pesquisa BDI enfatizando um maior índice de depressão ligado a essas variáveis.

2 Climatério e as modificações na vida da mulher

Na percepção feminina a alteração da imagem corporal causa transtorno psicológico, à medida que seu corpo muda trazendo consigo uma experiência negativa, principalmente no que diz respeito da sexualidade, diminuição da libido, podendo afetar o equilíbrio emocional e gerar depressão. Considerando a diversidade dos sintomas, vale ressaltar a importância do enfermeiro como profissional da saúde, buscando através da comunicação uma forma de esclarecer a respeito dos tabus, do desconforto e desconhecimento que esse período proporciona a maioria das mulheres. É importante destacar que a intensidade da sintomatologia é diretamente relacionada às suas condições de vida prévias, o meio social em que estão inseridas, a renda familiar e as relações familiares e afetivas, já que essas situações estão

vinculadas ao sofrimento psíquico dessa fase. Para vivenciar essa fase com mais facilidade, a mulher utiliza todos os meios que estão ao seu alcance: dieta, exercícios físicos, hormônios, dentre outros. Um estilo de vida saudável aliado a outros fatores pode colaborar para o enfrentamento positivo deste período. (MORAES; SCHNEID 2015).

De acordo com a pesquisa de Santos et al. (2017), realizada com 7(sete) mulheres do sistema prisional, demonstrou que as mulheres privadas de liberdade, ao passarem pelo período do climatério, lidam com os sintomas e os problemas que afetam a saúde no dia a dia de confinamento, convivendo com barreiras diárias e imposições institucionais. A maioria das entrevistadas passa pelo período do climatério de maneira desconfortável, tendo a saúde afetada de algum modo durante a prisão. Assim, o climatério, sobretudo em situações de privação de liberdade, deve ser mais explorado pelas políticas públicas de saúde contribuindo para melhoria das condições de vida desse grupo específico.

A pesquisa sistemática de Santos et al. (2017) composta de 247 mulheres em pós- menopausa, demonstrou que 36,8% das mulheres apresentaram sintomatologia climatérica leve, 56,3% moderada e 6,9% severa. Em ordem decrescente fogachos, irritabilidade e distúrbios do sono alcançaram os maiores índices de intensidade.

A intensidade dos sintomas do climatério pode afetar a sexualidade, a resposta sexual ou o padrão de desempenho sexual da mulher neste período. Além disso, o estudo realizado possibilita ainda levantar a hipótese de que a prática de atividade física pode estar associada à menor intensidade dos sintomas do climatério e maior padrão de desempenho sexual (ALVES et al., 2015).

3 Atuação do profissional de enfermagem no climatério

As mulheres no período do climatério necessitam da assistência dos profissionais de saúde principalmente onde se refere a planos de cuidados para o alívio dos sintomas que elas apresentam nesse período. O enfermeiro deve estar preparado para detectar essas manifestações minimizando os efeitos através de orientações em conformidade com a realidade de cada mulher, sendo necessário que haja um diálogo que esclareça as dúvidas desse grupo de mulheres, devendo ele estar preparado para proporcionar uma assistência de qualidade visando o contexto emocional, social e individual de cada mulher. O enfermeiro tem o papel importante durante essa etapa, podendo citar orientações que permitem com que a mulher pratique o autocuidado melhorando seu estilo e sua qualidade de vida (ANDRADE et al., 2018)

Torna-se interessante que o enfermeiro e equipe multiprofissional de saúde, no âmbito do sistema prisional, a partir de identificar à fase da vida dessas mulheres, estejam susceptíveis ao exercício de realizar acolhimento, provocar ações de autocuidado, prevenir agravos, tratar doenças e promover saúde; a fim de minimizar situações desconfortáveis e contribuir para melhorar condições de vida dessas mulheres (SANTOS et al., 2017).

Conclusão

Demonstra-se por meio do presente trabalho, que o sintoma do climatério é na

maioria dos casos desconhecidos por parte das pacientes. A desinformação é gerada pela diversidade e intensidade dos sintomas, que não recebe uma ampla divulgação nos meios de comunicação.

Evidenciou que, na maioria dos casos é muito difícil associar o período do climatério com a depressão, apesar que nesse período a predisposição a depressão aumenta, devido as mudanças que o climatério causa na vida da mulher. Pode-se concluir que a atividade física regular minimiza os efeitos dos sintomas, porém o seu nível não tem associação com índices de depressão.

Observou-se que a intensidade dos sintomas é diretamente relacionada às condições de vida prévias, o meio social em que a mulher está inserida, a renda familiar e as relações familiares e afetivas, já que essas situações estão vinculadas ao sofrimento psíquico dessa fase.

Diante do exposto, vale ressaltar que o climatério é uma temática importante para se incluir nos debates, tanto no meio social quanto no âmbito da saúde, a fim de conscientizar o paciente e o profissional de enfermagem, objetivando esclarecer a respeito desse período, do desconforto e desconhecimento que essa fase gera na maioria das mulheres. Para passar por essa fase com mais tranquilidade, a mulher pode utilizar todos os meios que estão ao seu alcance, ou seja, dieta, exercícios físicos, hormônios. etc. A maior compreensão dessa fase por parte da mulher associada a uma orientação e suporte adequado pelo profissional de saúde é o caminho a ser seguido na temática proposta.

Referências

ALVES, Estela Rodrigues Paiva *et al.* **Climatério**: a intensidade dos sintomas e o desempenho sexual, Florianópolis, p. 64-71, 24 mar. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>. Acesso em: 17 abr. 2019.

ANDRADE, Daniele Barbosa da Silva *et al.* O papel do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com mulheres no período climatérico. **Rev. Cient. Sena Aires**, p. 18-22., 24 mar. 2018.

ARRUDA, Felipe Santos, *et al.* Associação entre a depressão e fatores clínicos em mulheres climatéricas, **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FERNANDES, César Eduardo *et al.* **Climatério**: Guideline da SBRH. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. São Paulo: Boletim SBRH, 2011.

FERNANDES, Rita de Cássia Leite Fernandes; ROZENTHAL, Márcia. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev. Psiquiatr RS.**, Rio de Janeiro(RJ) p. 192-200, 14 ago. 2008.

LUI FILHO, Jeffrey Frederico *et al.* Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito

populacional domiciliar. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Campinas (SP), Brasil, p. 152-158, 26 jan. 2015.

MORAES, Tayla Oliveira Souza; SCHNEID, Juliana Lemos. **Qualidade de vida no climatério: uma revisão sistemática da literatura, Amazônia**, p. 01-40, 31 ago. 2015.

PERSEGUIM, Bruna de Moraes *et al.* A intervenção da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres no climatério. **Revista Científica do Unisaesiano**. p. 17-21, 21 out. 2011.

POLISSENI, Álvaro Fernando *et al.* **Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados**, Juiz de Fora/MG, 2009.

REAL, Guadalupe Alva; JIMÉNEZ, Jorge Luis López; GONZÁLEZ, Clotilde García. **Climaterio, salud y depresión, un abordaje psicosocial: Estudio exploratorio en un grupo de mujeres de la Ciudad de México, São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP**, 2017.

ROCHA, Lorena Priscila Oliveira. **Fatores de risco para a depressão em mulheres no climatério**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel) -, Brasília, 2017.

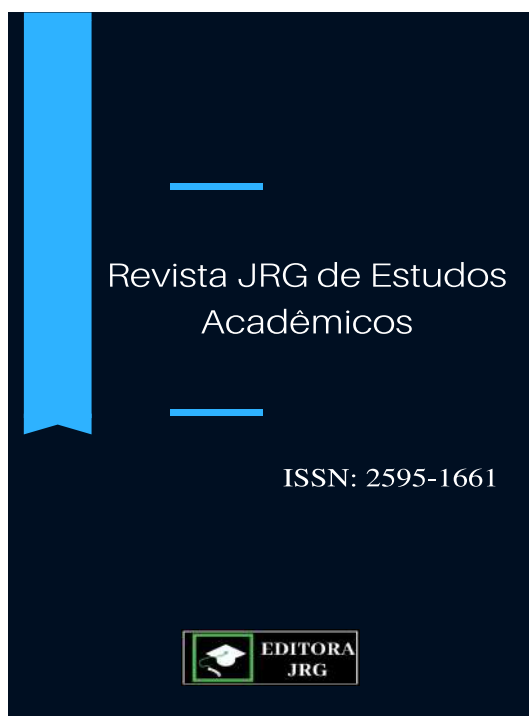
SANTOS, Livia Matavelli *et al.* Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**. Espírito Santo, v.10, n.1, p. 20- 26, jan. /jun. 2007.

SANTOS, Rita de Cassia Ferreira *et al.* Saúde de Mulheres no Climatério em Sistema Prisional. **Cogitare Enferm**.Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, Thaiene Rodrigues dos *et al.* Intensidade da sintomatologia climatérica em mulheres pós-menopausa, **Rev Rene**, p. 225-232, 26 mar. 2017.

SILVA, Andreia Ramos. **Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação, São Paulo, 2009.

SOARES, Rigete Souza *et al.* O viver de mulheres no climatério: revisão sistemática da literatura. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**. Rio de Janeiro, n.25, p. 452- 463, jan. 2012.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

**TRANSPLANTE DENTAL AUTÓGENO:
RELATO DE CASO¹**

**AUTOGENOUS DENTAL TRANSPLANT:
CASE REPORT**

*Ailton Henrique dos Santos Junior²
Dr. João Geraldo Bugarin Júnior³*

Resumo

Mesmo com as mudanças e avanços na área odontológica, e procedente disso uma redução em extrações por inúmeros fatores, ainda há uma grande cultura em locais de baixa condição sócio-econômica de não fazer abordagens mais conservadoras aos órgãos dentais. Há diversos tipos de abordagens de tratamento acerca de uma perda dental, mais comumente próteses ou implantes, porém é necessária uma determinada

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Graduado pela em Odontologia pela Universidade Paulista (Unip)

³ Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Brasília (1992), especialização em Saúde Coletiva pela UnB (1994), em Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-faciais pela FOPLAC (1995) e em Bioética pela UnB (1999), pós-graduação em Implantodontia pela EAP-GO (2001), Mestrado em Ciências da Saúde com concentração em biomateriais e bioética (2002) e Doutorado em Ciências da Saúde com concentração em Bancos de ossos humanos e bioética, pela Universidade de Brasília (2007). Atualmente é professor Titular do curso de Odontologia da Universidade Paulista - UNIP, atuando nas disciplinas de Cirurgia, Traumatologia e Implantodontia. É Coordenador do curso de especialização em Implantodontia da UNIP desde 2007, Coordenador de pós-graduação em cirurgia oral menor da ABO-Taguatinga desde 2005 e pesquisador associado da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. É Diretor da empresa Bugarin Cursos e Treinamentos, especializada em cursos de pós-graduação em diversas áreas da Odontologia. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Implantodontia, atuando principalmente nos seguintes temas: Cirurgia Buco-maxilofacial, Implantodontia, Bioética, biomateriais.

condição financeira. O presente trabalho relata o caso de uma paciente com 19 anos, que apresentava grande destruição coronária no elemento 36. Por meio da técnica convencional, em uma sessão, foi realizado o transplante do dente 18 para esta área após a exodontia do elemento já citado (36). Após 2 meses observou-se que clinicamente e radiograficamente que a unidade transplantada estava adaptada ao novo alvéolo e a reparação óssea e do ligamento periodontal estava ocorrendo normalmente. Dessa forma, conclui-se que o transplante dental autógeno aparece como uma boa opção terapêutica para a reabilitação oral, quando se tem um dente doador disponível, reduzindo custos de tratamentos e tempo.

Palavras-chave: Transplante dental. Transplante autógeno. Cirurgia oral.

Abstract

Even with the changes and advances in the dental area, and from this a reduction in extractions by many factors, there is still a great culture in places of low socioeconomic condition of not doing more conservative approaches to the dental organs. There are several types of treatment approaches to dental loss, most commonly dentures or implants, however a certain financial condition is required. The present study reports the case of a 19-year-old patient, who presented great coronary destruction in element 36. By means of the conventional technique, in one session, the tooth 18 was transplanted to this area after the exodontia of the element already mentioned (36). After 2 months it was observed that clinically and radiographically that the transplanted unit was adapted to the new alveolus and the bone and periodontal ligament repair was normally occurring. Thus, it is concluded that autogenous dental transplantation appears as a good therapeutic option for oral rehabilitation, when a donor tooth is available, reducing treatment costs and time.

Keywords: Dental transplant. Autogenous transplantation. Oral surgery.

1 introdução

O transplante dentário autógeno é definido como um movimento cirúrgico onde visa uma transposição de um dente à outro alvéolo natural ou que foi preparado cirurgicamente. É admissível a substituição dental em caso de extensas lesões cáries, alterações periodontais ou periapicais, fraturas, iatrogenias ou o que dificultar a reposição por motivos econômicos e sociais o tratamento convencional^{1,2,3}.

Segundo Marzola (1997), Jonh Hunter preconizou o transplante dental, relatou sete casos de transplantes homólogos e diversos autogênicos. Destacando o caso que houve a extração de um dente e o transpôs na crista de um galo⁴.

A transplantação do terceiro molar para o alvéolo do primeiro ou segundo molar é a mais realizada dentre os transplantes autógenos, por sua erupção ocorrer tardiamente em relação aos demais dentes, que se encontram com suas raízes completamente formada. Para realização desse procedimento a raiz deve mostrar sua formação de no mínimo 1/3 podendo apresentar até 2/3 de desenvolvimento, estando nestas condições apresentará um maior potencial de revascularização da polpa após transplantado, sendo assim o transplante de dentes com raízes incompletas favorece o prognóstico, mas não impossibilita o transplante de dentes com o ápice fechado. Outra alternativa é transplantar um canino incluso para a área ocupada na arca pelos incisivos^{1,5,6,7}.

O transplante dental é dividido de acordo com o doador podendo ser ele autógeno, onde o doador e o receptor é do mesmo ser humano; Homólogo, doador e

receptor são seres da mesma espécie; heterógeno, ocorre entre seres de espécies diferentes. Conforme a técnica, técnica imediata ou convencional, onde em uma única sessão deverá ocorrer a extração do dente a ser transposto, a preparação do alvéolo receptor e a realização do transplante; Técnica mediata, ocorre em duas fases a primeira consiste na preparação do alvéolo receptor, e após um período de 14 dias é realizado a extração e transferência do dente a ser transposto^{1,7,8}.

A destreza técnica do cirurgião dentista é imprescindível para o sucesso do transplante visto que, não poderá ocorrer estragos a bainha epitelial no decorrer do processo de avulsão do dente doador, deve-se evitar períodos prolongados fora do alvéolo afim de que não ocorra contágio e ressecamento do dente a ser transplantado. Também é levado em consideração a assepsia e o ato cirúrgico deve ser o menos traumático possível^{9,10,11}.

Para alcançar o sucesso da transposição, é fundamental que o indivíduo se encontra sistemicamente saudável, a fim de prevenir o envolvimento do sistema imunológico. Pacientes entre 13 e 19 anos de idade submetidos a este procedimento respondem com alto índice de sucesso, deve ser levado em consideração exames clínicos, radiográficos, o grau de rizogênese da raiz do dente que irá ser transposto, sua localização, presença de lesões periodontais e infecções graves no alvéolo que irá receber o dente. A distância mesio-distal do dente que receberá o transplante deverá ser menor ou igual ao dente que será transplantado, condições clínicas e de higiene bucal favoráveis, assim como o paciente deverá mostrar interesse em fazer o transplante assim como contribuir no trans e pós-operatório^{12,13,14}.

O objetivo deste trabalho é expor um relato de caso clínico de um transplante dental autógeno executado em uma única sessão, em uma paciente jovem, onde o terceiro molar superior incluso foi transplantado para o alvéolo do primeiro molar inferior. Visando uma alternativa perante aos métodos de reestabelecimento oral convencionais, levando em conta as condições socioeconômicas e idade da paciente.

2 Relato de Caso Clínico

Paciente J.S.S, sexo feminino, 20 anos de idade, procurou a clínica da UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP no dia 30 de Agosto de 2018, com queixa principal de ter “dois dentes estragados”. Ela procurou a clínica a fim de realizar a exodontia de duas raízes residuais, nos elementos 36 e elemento 26. Após anamnese, exame clínico e exame físico, foi constatada a fratura nas paredes méso-linguo-distal e oclusal do dente 36, e discreta mobilidade do dente no alvéolo. (Figura 1)



Figura 1 – Aspecto inicial do dente 36 com remanescente das paredes méso-vestibular

Após exame clínico e radiografia periapical dos molares, observou-se que o mesmo não era passível de ser restaurado, e havia também a presença de terceiros molares inclusos, que poderiam ser usados num eventual tratamento de transplante.

Foi solicitado ao paciente mais um exame radiográfico, uma panorâmica (Figura 2), para auxiliar no fechamento do correto diagnóstico, e assim que o paciente retornou com o exame de imagem, foi conversado sobre as alternativas dos tratamentos reabilitadores, e discutido sobre os mais viáveis, que poderiam ser implante, prótese fixa após tratamento endodôntico e também a opção de um transplante dental.



Figura 2 – Radiografia panorâmica que evidencia presença dos quatro terceiros molares e resíduos radiculares das unidades 26 e 36.

Após esclarecimento das dúvidas sobre cada opção, foi decidido em conjunto profissional/paciente que a melhor escolha seria optar pelo transplante dental autógeno, por ser uma opção de custo mais reduzido em relação aos demais tratamentos de reabilitação, e com fatores de sucesso relevantes, o que faz essa técnica ser de grande valia.

Para iniciar o procedimento cirúrgico, foi realizada antissepsia do meio bucal do paciente com bochecho de clorexidina 0,12% por 60 segundos, e degermação extra-oral com PVPI. O ato cirúrgico foi realizado sob bloqueio local dos nervos alveolar inferior esquerdo, nervo bucal esquerdo e nervo lingual esquerdo, usando como anestésico a Mepivacaína 2% com vasoconstritor (epinefrina 1:200.000). Posteriormente a anestesia e silenciamento dos nervos, foi feita uma incisão intrasulcular envolvendo todo o contorno do sulco gengival do dente 36, com o descolador de Molt, a divulsão do tecido, para abrir espaço e poder adaptar a alavanca ao dente. Em seguida, foi testada a adaptação da alavanca apical reta 301 na porção mesial do dente, e através de movimentos de cunha e rotação, ocorreu a avulsão do dente, e após isso foi feita a irrigação com soro fisiológico o local do alvéolo. Na região periapical do dente foi verificado que estava íntegro, e então prosseguindo com o planejamento, foi preparado do alvéolo receptor, retirando o septo com uma pinça Kelly curva (Figura 3), e com uma broca diamantada cilíndrica número 4138 (Figura 4), foi realizado um desgaste de cerca de 1mm em esmalte nas porções distal do dente 35 e na porção mesial do dente 37, e com esse slice, foi obtido o tamanho adequado para a entrada e adaptação do dente 18 neste alvéolo receptor.



Figura 3 – Alvéolo receptor do dente 36 após extração e remoção do septo interradicular.

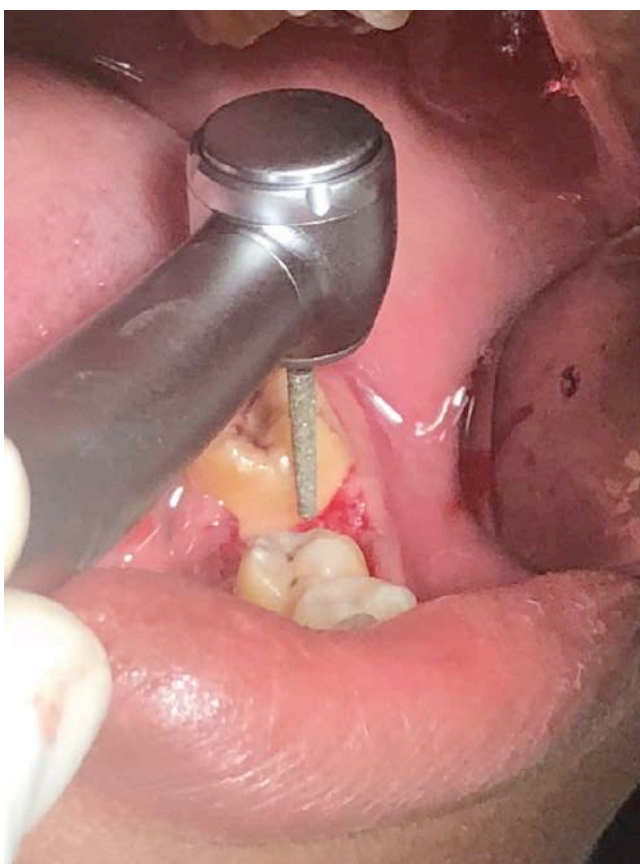


Figura 4 – Broca diamantada cilíndrica 4138.

Após o alvéolo estar em plenas condições de receptor o dente, foi realizado silenciamento dos nervos alveolar superior posterior direito e palatino maior direito, uma incisão intrasulcular da mesial do dente 16 até a região posterior do dente 17, e incluindo o meio do túber, para descolamento muco-periosteal com descolador de Molt e abertura do campo operatório.

Após exodontia do dente 18, foi feita a tentativa de posicionamento do mesmo no alvéolo receptor, e como não estava com uma adaptação adequada, foi realizado o reposicionamento do dente girando-o em 180 graus, assim mantendo ele perfeitamente adaptando ao alvéolo. Após teste oclusal no paciente, foi visualizado que havia uma área oclusal que estava ocorrendo contato com o dente antagonista, e então foi realizado um desgaste nessa cúspide, até deixar o dente em infra-oclusão, seguindo,

foi confeccionada uma contenção semi-rígida, e uma sutura com um ponto em X passando por cima da oclusal do dente, com fio de Nylon 3-0(Figura 5).

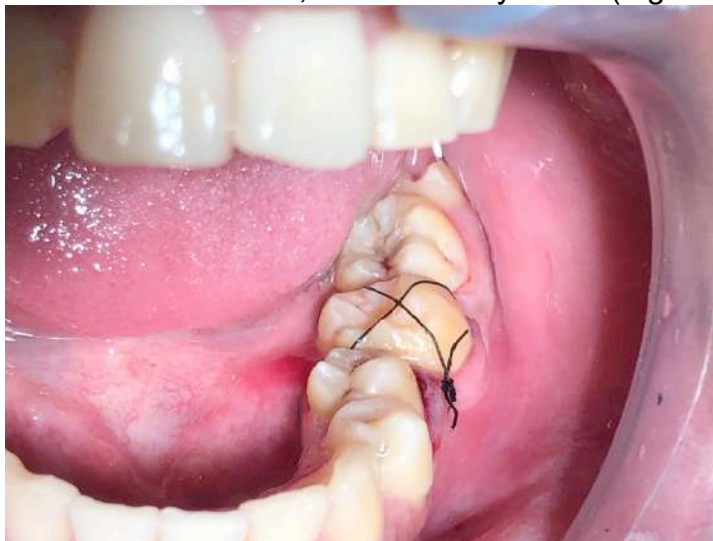


Figura 5 – Contenção com fio de sutura do molar superior transplantado para a região do dente 36.

Foi realizada a irrigação do alvéolo do dente 18 com soro, curetagem, síntese com fio de nylon 3-0, e ponto em X.

Após a finalização do procedimento cirúrgico foram ministradas quatro medicações para o pós-operatório, analgésico, anti-inflamatório, antibiótico e antisséptico. Analgésico (Dipirona - 500mg de 6/6 horas por 2 dias), anti-inflamatório (Nimesulida - 100mg de 12/12 horas por 3 dias), antibiótico (Amoxicilina - 500mg de 8/8h por 7 dias) e antisséptico (Digluconato de clorexidia 0,12% - bochecho 2 vezes ao dia por 14 dias).

Após 7 dias do procedimento, foi marcado um retorno do paciente para reavaliação e remoção da sutura do alvéolo que estava o dente incluso, e visualização clínica do dente transplantado, mas foi mantida a contenção semi-rígida no dente transplantado e marcado um novo retorno em uma semana para nova reavaliação.

A paciente só se fez presente no retorno de 2 meses, clinicamente o dente apresentava aspecto de normalidade, e leve mobilidade, não passando de grau 2 (Figura 6).



Figura 6 – Aspecto radiográfico 60 dias após o procedimento cirúrgico, demonstrando início da neoformação óssea ao redor das raízes do dente transplantado.

O caso segue em acompanhamento.

3 Discussão

O transplante dental é o processo onde um dente com uma previsão ruim é substituído por outro dente hígido, podendo ser definido como um procedimento cirúrgico em que um dente hígido, é submetido a uma extração e reimplantado em um alvéolo íntegro ou previamente preparado cirurgicamente¹.

Devido à diversa gama de possibilidades que se tem para realizar o procedimento de transplante, muitos autores realizaram classificações sobre ele, principalmente ao que diz respeito em relação receptor versus doador, quanto ao grau de crescimento da raiz do elemento dental que vai ser transplantado e ao tipo de abordagem empregado.

Quanto ao vínculo receptor versus doador, a cirurgia de transplante poderá ser dividida em autógeno ou autogênico, quando se trata de uma abordagem realizada na mesma pessoa; Quando se trata de um transplante dental que ocorrerá num indivíduo para um outro da mesma espécie é chamado de homogêneo ou homólogo, e por último, caso o transplante ocorra entre espécies diferentes, chamamos de heterogêneo. Considerando as circunstâncias éticas atuais e os riscos de respostas imunológicas adversas, não são realizados atualmente transplantes heterogêneos e homogêneos¹⁵.

Diversos autores afirmam que devemos observar tanto o de desenvolvimento do germe do dente quanto o diâmetro disto-mesial e a posição que favoreça a extração, que seria a posição horizontal e classe I de Winter evitando lesionar o saco pericoronário e a raiz durante a remoção do germe dental¹⁴.

Sobre o período que o germe do dente fica fora do alvéolo deve ser menos que quatro horas, pois com isso ele terá menos chances de exposição à bactérias, ressecamento e contaminação, fazendo com que o prognóstico se torne mais favorável para o procedimento⁹. A revascularização do órgão dental transplantado leva alguns meses, e com isso pode-se ter falsas respostas negativas mediante testes de vitalidade pulpar em dentes com a raiz ainda não totalmente formada, o que significa que podemos ter resultados negativos com o teste de vitalidade pulpar e não termos insucesso no procedimento¹.

A mais habitual indicação de transplantes dentais é a substituição entre primeiros molares inferiores permanentes e terceiro molar, pois os primeiros são os dentes mais acometidos por extensas lesões cariosas, fraturas, iatrogenias, alterações periodontais ou periapicais, tornam as terapêuticas convencionais inviáveis. Se observou que a troca do germe dental do terceiro molar inferior para o alvéolo do primeiro molar inferior que acabou de passar por uma extração tem sido executada há certo tempo, e que o principal motivo do êxito deste tratamento traduz-se no desenvolvimento num período mais posterior dos sisos em relação aos outros dentes⁷.

Uma anamnese minuciosa e detalhada deve ser executada, juntamente com orientações rigorosas sobre a higienização e demais cuidados bucais devem ser encaminhados ao paciente, pois deve-se manter um bom nível de saúde bucal e higiene adequada³.

Para se reduzirem as chances de reabsorção radicular decorrentes de inflamação e anquilose, tem que ser evitado traumas ao ligamento periodontal do dente doador. Desta maneira, é esperado que após o procedimento de transposição, o órgão dental seja mantido numa posição de infraoclusão – sem contatos -, o que acarretará no aumento das chances de um possível sucesso¹.

Dessa forma, conclui-se que o transplante dental autógeno aparece como uma boa opção terapêutica para a reabilitação oral, quando se tem um dente doador disponível, um paciente jovem, possui custos e tempo reduzidos. Com sua devida

indicação, podemos obter sucesso na terapêutica, assim recuperando as condições de função e estética ao paciente.

4 Considerações Finais

Diante da literatura conferida, a cirurgia de transplante dental autógeno se mostra como uma opção importante a ser relevada na prática cirúrgica odontológica como substituto de um elemento dental com indicação de ser extraído.

Os resultados apresentados através deste caso clínico corroboram a possibilidade de se fazer cirurgias de transplantes autógenos, mostrando sua viabilidade através da devolução funcional e estética do sistema fonético e mastigatório principalmente, e com custo reduzido.

5 Referências

- 1- Cufarri L, Palumbo, M. Transplante de Germe do 3º Molar. JBC - Jornal Brasileiro de Odontologia.1997; 1(2):1-4.
- 2- Cohen A.S, Shen, TC, Pogrel MA. Transplanting teeth successfully autografts and allografts that work. JADA. 1995; 126(4):481-485.
- 3- Ziegler S, Neukan FW. Regional Odontodysplasia: Orthodontic treatment and transplantation of premolars. Am. J. DentofacialOrthop. 2012; 142(5): 710- 719.
- 4- Marzola C. Transplantes e reimplantes. Editora Pancast. 1997; 3ª Edição. São Paulo
- 5- Motta B, Ferreira A. Transplante Dental: Requisito e técnicas cirúrgicas [Internet].Rio de Janeiro: Cispre; [citado em 2007 Jul 01; citado em 2018 Out 07]. Disponível em: http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?ld=89
- 6- Jambeiro AJ, Mota AAS, Provedel LF. Autotrasplante de molares como alternativa de inclusão social. In: XIV CIOBA; 2006; Salvador, BA. Congresso Internacional de Odontologia da Bahia; 2006. 5
- 7- Andreasen JO. Interrelation between alveolar bone and periodontal ligament repair after replantation of mature permanente incisors in monkeys. J Period Res. 1981; 16 (2):228-235.
- 8- Raldi FV, Lima JR, Araújo MM, Patriota MO. Transplante Autógeno de Terceiro Molar. Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia.2002;9(35):250-253.
- 9- Marzola C, FILHO JLT, Filho WSL. Transplantes de incisivos: estudo retrospectivo. Revista de Odontologia [Eletrônica – Academia Tiradentes de Odontologia – ATO] 2008; 12:675-700.
- 10- Rosencheg, SW, Marzola C, Filho JLT. Transplantes autógenos de germes de terceiros molares inferiores para os alvéolos de primeiros molares inferiores: revista da literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. Revista de Odontologia [Eletrônica – Academia Tiradentes de Odontologia - ATO].2007;7(7);739-764.

- 11- Miller HM. Transplantation and reimplantation of teeth. Oral Surg Oral Med Pathol. 1956; 9(1);84-95.
- 12- Pires JR. Acompanhamento clínico e radiográfico de transplante dental: relato de caso clínico. Excelências Maio Em Odontologia: diagnóstico, tratamento e implantodontia.2004; 1; 101-105.
- 13- Macedo JC, Medeiros PJ, Silva JS. Autotransplante de germe de terceiros molares: relato de caso de dois casos. Revista Brasileira de Odontologia. 2003; 60 (1):24-26.
- 14- Miranda RB, Almeida ERL, David LG, Miranda TB. Autogenous tooth transplantation: a case report. Brazilian Purnal of Dental Traumatology.2009; 1(2):45-49.
- 15- Natiella JR, Armitage JE, Greene GW.The replantation and transplantation of theeth. A review. Oral Surgery.1970; 29(3):397-419.

ANEXO A – Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSETIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

EU, Joane Sousa da Silva
portador do RG 045987652012-2 e inscrito(a) no CPF sob
0611.739.383-03, declaro ter sido informado(a)
claramente sobre os benefícios, riscos do tratamento a ser realizado. Autorizo a utilização de
fotos e vídeos que serão realizados durante a cirurgia de transplante dentário, que
posteriormente serão utilizadas como base de dados para trabalho de conclusão de curso da
aluna Raissa Sousa Ribeiro, sendo a mesma supervisionada pelo professor João Geraldo Bugarin
Junior.

Brasília, 12 de Novembro de 2018.

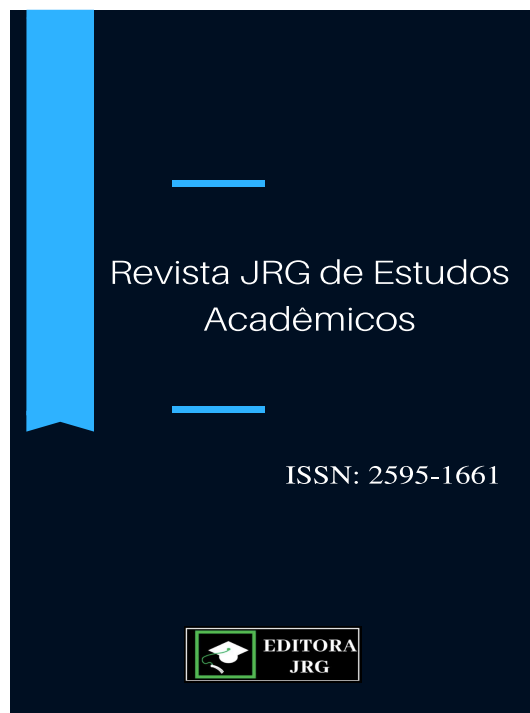
Joane Sousa
(Assinatura do paciente ou responsável)

de Altem Jr.
(Assinatura da aluna)

JG
(Assinatura do professor responsável)

Dr. João Geraldo Bugarin Jr.
Cirurgião Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Mestre e Doutor em Ciências de Saúde
CRP 15 3106 15 1707

O artigo foi escrito baseado na Revista do Instituto de Ciências da Saúde – UNIP.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO MANEJO DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹
NURSING DIFFICULTIES IN LEPROSY MANAGEMENT IN PRIMARY CARE

Jennifer dos S. Ramos²
Lidiane Ricardo B. Costa³
Walquiria Lene dos Santos⁴

Resumo

Na última década, o Brasil apresentou uma redução de 37,1 % no número de casos novos de hanseníase, passando de 40,1 mil diagnosticados no ano de 2007, para 25,2 mil em 2016. Tal redução corresponde à queda de 42,3% da taxa de detecção geral do país (de 21,19/100 mil hab. em 2007 para 12,23/100 mil hab. em 2016). Do total de casos novos registrados, 1,6 mil (6,72%) foram diagnosticados em menores de 15 anos, sinalizando focos de infecção ativos e transmissão

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Acadêmicas de curso de graduação em Enfermagem da Uniceplac. E-mail: jenniferamos33@gmail.com

³ Acadêmicas de curso de graduação em Enfermagem da Uniceplac. E-mail: lidienericardo@yahoo.com.br

⁴ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Integrante do Núcleo Docente Estruturante (NDE), Integrante do Comitê de Ética e Pesquisa da FACESA, Programa de Iniciação Científica da FACESA (PIC), Integrante dos Programas de Extensão Benjamim, Programa de Extensão Melhor Idade, Programa de Extensão FACESA, Comando de Saúde nas Empresas e Programa de Extensão Promovendo Saúde nas Escolas. Docente na Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC. Atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, idoso, cuidados, sexualidade.

recente, e 7,2 mil iniciaram tratamento com alguma incapacidade, sendo 1,7 mil com Grau de Incapacidade Física 2. Este estudo teve como objetivo geral demonstrar as dificuldades da enfermagem no Manejo da Hanseníase na Atenção Primária. Dentre os objetivos específicos a pesquisa visa: verificar o impacto e consequências da insegurança e a falta de condições para o atendimento adequado aos pacientes com diagnóstico de hanseníase e evidenciar a importância da assistência de enfermagem na saúde primária, para o diagnóstico precoce. Foi realizada uma pesquisa integrativa, onde foram utilizados 14 artigos que demonstraram quais as principais dificuldades no manejo da Hanseníase. Os resultados demonstraram que os anos que mais ocorreram publicações foram 2010 e 2018, com quatro publicações respectivamente. Algumas regiões como o norte, o nordeste e o centro-oeste, de poder aquisitivo mais baixo, a incidência se acentua, tornando precário o diagnóstico precoce. Constatou-se que o conhecimento sobre a doença mostra-se fragilizado, impactando diretamente no diagnóstico e no tratamento. O tratamento da hanseníase mantendo – se insuficiente, devido a sua não adesão. A vigilância mostra-se fragilizada no processo de controle da hanseníase e na conclusão do tratamento, interferindo assim no abandono precoce da medicação por parte desses pacientes. Concluiu-se também que a maioria dos casos de óbito nas regiões endêmicas, ocorreu por complicações da hanseníase, e que grandes partes desses óbitos eram de pessoas do sexo masculino, pessoa idosa e pessoa de cor parda ou preta, com baixo grau de instrução.

Palavras chaves: Hanseníase, assistência, dificuldades, atenção básica

Abstract:

In the last decade, Brazil presented a reduction of 37.1% in the number of new cases of leprosy, from 40,100 diagnosed in 2007 to 25,2 thousand in 2016. This reduction corresponds to the fall of 42, 3% of the country's general detection rate (from 21.19 / 100 thousand inhabitants in 2007 to 12.23 / 100 thousand inhabitants in 2016). Of the total number of new cases registered, 1.6 thousand (6.72%) were diagnosed in children under 15 years old, signaling active outbreaks of infection and recent transmission, and 7,2 thousand started treatment with some disability, of which 1,7 thousand with Degree of Physical Disability 2. This study had as general objective to demonstrate the difficulties of nursing in the Management of Leprosy in Primary Care. Among the specific objectives the research aims to verify the impact and consequences of the insecurity and the lack of conditions for the adequate care to patients with leprosy diagnosis and to highlight the importance of nursing care in primary health for the early diagnosis. An integrative research was carried out, where 14 articles were used that demonstrated the main difficulties in the management of leprosy. The results showed that the most published years were in 2010 and 2018, with four publications respectively. Some regions, such as the north, northeast and center-west, with lower purchasing power, the incidence is increasing, making precocious diagnosis precarious. It was verified that the knowledge about the disease shows itself to be fragile, directly impacting the diagnosis and treatment. The treatment of leprosy remains insufficient due to its non - adherence. Surveillance is fragile in the leprosy control process and in the conclusion of the treatment, thus interfering in the early abandonment of the medication by these patients. It was also concluded that most of the cases of death in the endemic regions occurred due to complications of leprosy, and that large parts of these deaths were of males, elderly people and people of brown or black color, with a low level of education.

Keyword: Leprosy, care, difficulties, basic care

Introdução

A hanseníase é uma doença muito antiga, citada na Bíblia como lepra, onde se acreditava naquele período que as doenças eram provocadas por sete demônios. Os sacerdotes, considerados como médicos comercializavam talismãs com preces religiosas usadas contra a ação dos demônios. As pessoas dependiam quase que exclusivamente dos milagres divinos para a cura da lepra, assim como citado na Bíblia na antiguidade, sobre o banho para lavar a carne sete vezes no rio Jordão, para carne ficar limpa¹.

A Hanseníase é causada pelo agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, com alta infectividade ou seja é capaz de infectar grande número de indivíduos, apesar da baixa patogenicidade (poucos adoecem). Tem preferência pela pele e nervos periféricos, podendo cursar com surtos reacionais intercorrentes, com alto poder de causar incapacidades e deformidades físicas, causando estigma e discriminação às pessoas acometidas pela hanseníase. O diagnóstico, acompanhamento e tratamento da hanseníase são ofertados pelo SUS, nas unidades de saúde. Com distribuição heterogênea no país, com registro de casos novos em todas as Unidades Federadas, e sua alta endemicidade compromete a interrupção da cadeia de transmissão. O enfrentamento da hanseníase baseia-se na busca ativa de casos novos para o diagnóstico precoce, tratamento oportuno, cura, prevenção das incapacidades e exame dos contatos, para eliminar fontes de infecção, interrompendo a transmissão da doença².

A sociedade tem grande preconceito em relação à hanseníase, e tende a discriminar aqueles acometidos por ela, que na maioria das vezes, buscam se esconder. Antigamente, os doentes eram mantidos em leprosários, mas nos dias atuais, com o avanço da Medicina, existem centros de referência para o diagnóstico da doença, o que é de suma importância, pois o diagnóstico precoce permite submeter o paciente a um tratamento correto e eficiente, aumentando as chances de cura³.

É uma doença transmissível por meio de um contato próximo e prolongado. Doença crônica, a transmissão se dá por meio das vias aéreas superiores de uma pessoa doente sem tratamento para outra, pelo contato prolongado, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional. Por conta disso, destaca-se importância em saber reconhecer sinais e sintomas da doença precocemente, fazer o diagnóstico e o tratamento correto promovendo a cura da mesma^{2,4}.

Neste sentido, essa pesquisa teve o objetivo geral demonstrar as dificuldades da enfermagem no Manejo da Hanseníase na Atenção Primária. Dentre os objetivos específicos a pesquisa visa: verificar o impacto e consequências da insegurança e a falta de condições para o atendimento adequado aos pacientes com diagnóstico de hanseníase e evidenciar a importância da assistência de enfermagem na saúde primária, para o diagnóstico precoce.

Metodologia

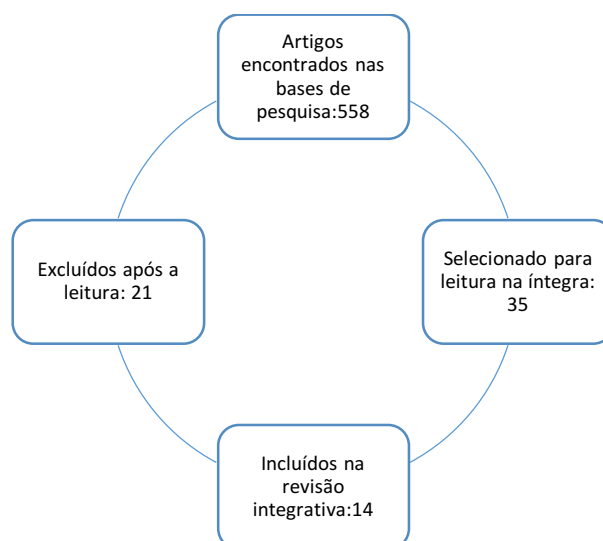
O método científico utilizado foi uma pesquisa integrativa com uma abordagem quantitativa, ou seja, foram abordadas diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações de diversos estudos. A pesquisa integrativa

envolve a sistematização e publicação dos resultados de pesquisas bibliográficas em saúde, frisando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica, que tem o objetivo de identificar as deficiências e as barreiras enfrentadas pelos enfermeiros no manejo da Hanseníase⁵. As seis fases do processo de elaboração da pesquisa integrativa são: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão e síntese do conhecimento⁵.

Transcorreu uma busca de artigos dos últimos 10 anos, sendo pesquisados em base de dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram encontrados os seguintes descritores em Ciência da Saúde (DECS): Hanseníase, Análise espacial, Sistemas de Informação, Estudos ecológicos, Endoscopia, Mucosa nasal, *Mycobacterium leprae*, Reação cadeia polimerase, Talidomida, Eritema nodoso hansênico, Reações hansênicas, Estigma, Experiência de adoecimento, Necrose, Hanseníase virchowiana, Complicações, Relatos de casos, Condições sociais, Controle de doenças Transmissíveis, Avaliação em saúde, Avaliação de programas e projetos de saúde, Atenção primária de saúde, Registros de Mortalidade, Hanseníase/mortalidade, Epidemiologia descritiva, Análise de redes sociais, Programa público de saúde, Hanseníase/Lepra, Vigilância epidemiológica, Localização geográfica de risco, Bloqueadores TNF α , Artrite Reumatóide, Reações adversas, Criança, Adolescente, Transmissão de doença Infecçiosa, Monitoramento epidemiológico, Gênero e saúde, Estudos de Séries temporais. Para a operacionalização do estudo, realizou-se o cruzamento dos descritores na referida base de dados associado ao operador booleano and, encontrando-se 558 produções científicas. Os seguintes cruzamentos foram realizados: Hanseníase, Inovação, Atualização, Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Como critérios de inclusão foram incluídos os artigos publicados entre os anos de 2009 a 2019, artigos com texto completo, descritos em língua portuguesa. Como critérios de exclusão, foram excluídos artigos que não estavam de acordo com os objetivos propostos neste estudo ou anteriores ao ano de 2009, em língua estrangeira.

Ao final da busca foi encontrado um total de 35 artigos, dos quais 21 artigos foram excluídos, cujos motivos foram: a data ser anterior a 2009 e não estar adequado ao que foi proposto no estudo. Neste estudo foram usados 14 artigos que estavam dentro dos anos propostos e estavam de acordo com objetivo da pesquisa.



Este artigo obedeceu a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Abaixo o quadro demonstrativo do estudo realizado com quatorze artigos científicos, identificando as dificuldades no Manejo da Hanseníase na Atenção Primária.

Quadro 1- Prevalência dos artigos incluídos na revisão integrativa por ano.

ANOS	Nº	%
2010	4	5,6
2013	1	1,4
2014	1	1,4
2017	3	4,2
2018	4	5,6
2019	1	1,4

Quadro 2- Descrição das palavras chaves utilizadas 2009-2019

Título	Palavra chave	Resultados
Estudo espacial da hanseníase na Bahia, 2001- 2012: abordagem a partir do modelo bayesiano empírico local.	Hanseníase, Análise espacial, Sistemas de Informação, Estudos Ecológicos	A partir do presente estudo evidenciou-se que os indicadores utilizados na ESF (equipe de saúde da família) para detecção da Hanseníase precoce, ainda não são capazes de analisar precisamente todos os casos da doença em determinada região. Por meio da utilização do modelo Bayesiano empírico podemos obter

		parâmetros fidedignos dos dados obtidos
Estudo da mucosa nasal de contatos de hanseníase, com positividade para o antígeno glicolípido fenólico	Endoscopia, glicolípídios, mucosa nasal, <i>Mycobacterium leprae</i> , reação em cadeia de polimerase	Evidenciou que as novas tecnologias utilizadas para a detecção da Hanseníase têm contribuído para um melhor conhecimento epidemiológico e um melhor entendimento no processo de transmissão da doença
Talidomida usada por pacientes com eritema nodoso hansênico	Talidomida, eritema nodoso hansênico, Hanseníase	Comprovou-se que os pacientes quando utilizam a Talidomida antes de dormir normalmente tem mais adesão ao tratamento, pois por meio deste hábito os eventos adversos serão imperceptíveis
“A reação é o mais difícil, é pior que hanseníase”: contradições e ambiguidades na experiência de mulheres com reações hansênicas	Hanseníase, reações hansênicas: experiência de adoecimento, estigma	Notou-se haver semelhança entre as mulheres com reações hansênicas, e verificou-se quem em sua maioria as que apresentam os sintomas são de baixa renda e moram em locais sem infraestrutura, ou seja, vivem em locais sem asfalto e com esgoto a céu aberto, esses dados apontam que a hanseníase e outras doenças são negligenciadas por pessoas que vivem em condições de pobreza
Necrose de canto medial associado à hanseníase virchowiana: relato de caso	Necrose, hanseníase virchowiana, complicações, relatos de casos	Necrose oftalmológica pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles trauma, cirurgias e infecções, mais quando relacionada à Hanseníase exames específicos deverão ser solicitados como: pesquisa de Gram, citologia e cultura, além destes poderá ser solicitado exame para histopatológico. Pois somente na Hanseníase virchowiana pode ocorrer casos de ulceração no canto do olho, manifestação conhecida por fenômeno de

		Lúcio
Índice de carência social e hanseníase no estado do Pará em 2013	Hanseníase, condições sociais, análise espacial, estudos ecológicos.	Averiguou-se que por meio de ações que visem às necessidades sociais da população, conseguiremos diminuir e até mesmo erradicar a hanseníase em determinadas regiões endêmicas.
Avaliação da implantação do Programa de Controle da hanseníase em Camaragibe, Pernambuco	Avaliação em saúde, hanseníase, controle de doenças transmissíveis, avaliação de programas e projetos de saúde, atenção primária à saúde	Indicadores demonstraram que a educação em saúde e comunicação foi considerada precária, além disso, o tratamento da Hanseníase mantém-se precária, devido a não adesão ao tratamento
Investigação epidemiológica dos óbitos notificados tendo como causa básica a hanseníase, ocorridos em Fortaleza, Ceará	Hanseníase/mortalidade, registros de mortalidade, sistemas de informação, epidemiologia descritiva	Evidenciou-se que as maiores partes dos casos de óbito na região ocorreram por complicações da hanseníase, grande parte desses óbitos eram de pessoas do sexo masculino, pessoa idosa e pessoa de cor parda ou preta e com baixo grau de instrução
Indicadores de desempenho e redes sociais: existe algo em comum?	Análise de redes sociais, programa público de saúde, Hanseníase/Lepra	Nota-se que um bom funcionamento do processo de socialização, atitudes participativas e não autoritárias, torna mais favorável o bom funcionamento do programa
Análise espacial dos casos de Hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres MT	Hanseníase, vigilância epidemiológica, localização geográfica de risco	Verificou-se que a vigilância epidemiológica no Município de Cáceres tinha uma perda grande na identificação de casos novos de hanseníase, pela não identificação dos contactantes, daí então no ano de 2005 resolveram mudar a estratégia por meio de nova equipe e novas ações de vigilância, com essa transição foi possível identificar os casos novos de hanseníase
Hanseníase virchowiana associada ao uso de inibidor de	Bloqueadores TNF α , artrite reumatóide, reações adversas, Hanseníase.	A terapia anti-TNF é utilizada em infecções rotineiras graves e em processos

fator de necrose tumoral α : relato de caso		alérgicos, foi identificado que quando utilizada após o tratamento de hanseníase o quadro em especial obteve melhora, caso esse que não ocorreu em pacientes em uso da terapia anti-TNF, antes do tratamento da hanseníase.
Hanseníase em menores de quinze anos em municípios prioritários, Mato Grosso, Brasil	Hanseníase, epidemiologia, vigilância epidemiológica, distribuição espacial, criança, adolescente.	Descobriu-se que o número de casos de hanseníase no País teve uma redução significativa, decorrente de Programas de educação em saúde incentivados pelo governo e em conjunto com a ampliação do conhecimento da população a respeito da doença
Persistência da Hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil	Hanseníase, Transmissão de doença infecciosa, monitoramento epidemiológico	Constatou-se que a baixa escolaridade, pessoa pardas ou negras, está mais suscetível a adquirir a infecção, a respeito das condições de moradia, porém outros determinantes podem também estar associados
Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no estado da Bahia	Hanseníase, estudos de séries temporais, gênero e saúde	A vigilância mostra-se fragilizada no processo de controle da hanseníase e na conclusão do tratamento, interferindo assim no abandono precoce da medicação por parte desses pacientes

Quadro 3- Descrição dos artigos pesquisados de acordo com os anos do estudo. 2009-2019.

Autor	Ano	Resumo
Souza CDF et al ⁵	2018	Este estudo tem como objetivo equiparar o crescimento temporal e a composição espacial dos parâmetros epidemiológicos da Hanseníase. Através de dados do Ministério da Saúde, notou-se um país com alta endemicidade, foram notificados 151.764 novos casos de hanseníase no país. Pesquisas espaciais contribuem para o entendimento do processo de transmissão, causas associadas e áreas mais importantes para mediação.
Martins ACC et al ⁴	2010	A bactéria <i>Mycobacterium leprae</i> é o causador da Hanseníase que geralmente manifesta-se com regularidade na mucosa nasal, essa manifestação

		habitualmente aparece antes de lesões na pele ou em outros locais do corpo. Esta pesquisa tem o objetivo de provar que, através dos exames de endoscópio, baciloscópio, histopatológico e reação em cadeia polimerase é possível fazer uma identificação prematura da Hanseníase.
Valente MSS, Vieira JLF	2010	A talidomida é um medicamento prescrito para tratamento do eritema nodoso hansênico. Este artigo, através da seleção de 20 pacientes, pretende observar melhora clínica, eventos adversos, manifestações clínicas e plasmáticas e prevenção das incapacidades nesses pacientes após o uso da talidomida.
Silva LMA, Barsaglini RA	2018	Esta pesquisa procura demonstrar a percepção de mulheres com reações hansênicas, que se manifestaram na metade dos pacientes com Hanseníase. Foi realizada pesquisa com sete mulheres de idades entre 25 e 55 anos com reações hansênicas com a finalidade de abordar como essas reações refletem na sua vida social, familiar, conjugal e pessoal. Assim como, essas mulheres estão lidando com as dores, dormência, fraqueza nos nervos, marcas na pele entre outros e a condição de adoecimento.
Franco L et al ⁴	2010	O artigo relata o caso de uma paciente com rara necrose no canto medial da pálpebra com implicação do sistema canalicular durante o tratamento de hanseníase Virchowiana. Após o exame histopatológico foi constatado lesão necrótica com reação inflamatória granulomatosa com acúmulo de histócitos e bacilos álcool-ácido resistentes.
Chaves EC et al ³	2017	Através de informações do Sinan, foi realizada uma pesquisa ecológica transversal para descobrir padrões que fazem associação ao índice de carência social e a detecção da hanseníase no estado do Pará. Essa análise permite o reconhecimento de grupos residentes em locais que ofertem maior risco de adoecimento, podendo contribuir para o monitoramento, planejamento de condutas voltadas para prevenção, detecção e controle da hanseníase.
Souza MF, Vanderlei LCM, Frias PG	2017	Esta pesquisa busca demonstrar que o estado de Pernambuco possui taxa de endemicidade da prevalência e detecção geral da hanseníase mais alta entre menores de 15 anos, havendo uma hiperendemicidade segundo à OMS. Foi realizado uma análise para fazer uma comparação entre os dados do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, processos organizacionais e local da pesquisa.

Rocha MCN, Garcia LP	2014	O estudo tem a finalidade de computar e analisar óbitos, tendo como causa a hanseníase, em hospitais selecionados de Fortaleza por intermédio de avaliação de prontuários hospitalares e ambulatoriais. Essa cidade foi selecionada por ser o terceiro município no país com maior número de óbitos por hanseníase no período de 2012.
Gomide M, Rodrigues CL	2018	O artigo tem por objetivo demonstrar a importância de um Programa de Controle da Hanseníase associado a uma rede social em um município brasileiro. Através da pesquisa, descobriu-se que as redes sociais tem papel importante no programa desde que haja confiança do usuário e, que sejam gerados laços pessoais saudáveis para que não haja comprometimento do programa.
Garcia DR et al ⁴	2013	O estudo tem a finalidade de definir áreas de risco para hanseníase relacionado ao convívio domiciliar e de vizinhança na extensão da unidade de saúde da família em Cárcere- MT. A região é a segunda em focos da hanseníase, o Ministério da Saúde recomenda nos casos dessa região ou em outras regiões endêmicas, busca ativa de portadores da hanseníase e de todos os contatos do indivíduo diagnosticado com a doença.
Freitas DS et al ⁴	2010	Foi realizada uma investigação com paciente de hanseníase virchowiana, que recebeu tratamento com terapia anti TNF α , muito utilizada em artropias inflamatórias crônicas e, dessa forma, monitorado para eventos adversos, que podem ser severos como quadros infecciosos e alérgicos. Essa terapia foi muito utilizada em doenças com infecções granulomatosas, mas os riscos devem ser debatidos com o paciente. É muito importante os quadros cutâneos que aparecem ou são exacerbados nestes pacientes.
Freitas BHBM et al ³	2017	Nesse estudo foi realizado uma analogia entre características sócio educativas, clínicas e epidemiológicas de pessoas menores de 15 anos notificados no SINAN (Sistemas de Informação de Agravos de Notificação), em municípios prioritários e não prioritários de casos de hanseníase no estado do Mato Grosso.
Boigny RN et al ¹¹	2019	O tema abordado nesse artigo tem a finalidade de estudar os perfis sócio demográfico, econômico e clínico de casos de hanseníase vinculados à rede de convívio domiciliar. Segundo o Ministério da Saúde, era preconizado contato até 2016, qualquer indivíduo que residia ou tinha residido com pessoas portadoras de hanseníase no período de 5 anos anteriores ao diagnóstico da doença teria de ser

		investigado. Foi definida como contato social após 2016, qualquer pessoa que convivia ou tenha convivido em relações familiares de forma próxima ou prolongada, sendo contato domiciliar ou social tem de fazer exames dermatoneurológicos e serem acompanhados, considerando o amplo período de incubação da hanseníase.
Souza EA et al ⁶	2018	A pesquisa realizada constatou que há uma precariedade na atenção, acompanhamento e até a conclusão do tratamento da hanseníase no estado da Bahia, incluindo a perspectiva de gênero e no que diz respeito a contatos intradomiciliares. Esse artigo tem o objetivo de analisar os indicadores operacionais de controle da hanseníase no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no estado da Bahia.

Como observado no quadro acima, os anos de 2010 e 2018, foram destaque na pesquisa da hanseníase. Considerando que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos intradomiciliares.

Os estudos demonstram que a hanseníase é uma doença com características que dependem da imunidade do hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, além de outros aspectos.

O bacilo tem tropismo pelos nervos, preferencialmente os periféricos, provocando incapacidades físicas sérias⁴.

A literatura demonstra que a hanseníase é transmitida pelas vias aérea superiores, pelo contato prolongado com uma pessoa sem tratamento ou imunodeprimida. O período de incubação da hanseníase apresenta-se prolongado, em média de 2 a 7 anos e há referências de períodos mais curtos, de 7 meses há 10 anos. Os paucibacilares não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença devido à baixa carga bacilar. Os multibacilares constituem o grupo contagiante, se mantendo como fonte de infecção, enquanto o tratamento não for iniciado².

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos^{6,7}. Quando diagnosticada e tratada tardiamente, podem gerar incapacidades físicas nas mãos, pés e olhos, resultantes do comprometimento dos nervos periféricos; em estágios mais avançados de manifestação clínica, pode-se observar comprometimento neural troncular, capaz de trazer repercussões como parestesias e plegias musculares⁸. Estima-se que entre 1 a 2 milhões de pessoas no mundo possuam deformidades e deficiências resultantes da hanseníase³.

A OMS tem objetivo de reduzir a carga da doença de 2016 a 2020 usando três estratégias: o fortalecimento do controle e da parceria governamental, o combate da hanseníase e suas complicações e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social. Essas estratégias compreendem a detecção precoce de casos, o tratamento imediato com esquema de poliquimioterapia, o progresso de pesquisas básicas e confrontação do estigma, promovendo a mobilização e sensibilização junto à comunidade².

Em virtude das deformidades e deficiências, frequentemente, pessoas com hanseníase são vítimas de estigma e discriminação. O estigma, um fator importante relacionado ao atraso do diagnóstico, facilita a transmissão da infecção na família e entre a comunidade, razão porque foi introduzido na “Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020” como um indicador para monitorar a discriminação das pessoas afetadas pela doença¹⁰.

A distribuição e propagação da endemia hanseníase têm relação estreita com as condições socioeconômicas e culturais, devidas a condições precárias de habitação, baixa escolaridade e, ademais, movimentos migratórios que facilitam a transmissão da doença. Nos países endêmicos, observam-se diferenças na prevalência da doença entre regiões; no caso de grandes cidades, essas diferenças manifestam-se entre os espaços intraurbanos, concentrando-se nos locais de maior pobreza⁸.

A pouca escolaridade, além de ser indicativo de baixo poder aquisitivo, desdobra-se em maiores dificuldades para compreensão e incorporação de aspectos importantes relacionados a práticas de educação em saúde e autocuidado, elementos essenciais para controle da doença^{12,13}. Do mesmo modo, receber até um salário mínimo pode ser uma condição relacionada a dificuldades de acesso a serviços de saúde e a outras questões relevantes para o controle da dinâmica de transmissão das doenças tropicais negligenciadas, para além da hanseníase¹⁴.

Na Estratégia de Saúde da Família, a enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade; os profissionais atuam na prevenção da doença, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento de incapacidades, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas³.

Segundo Oliveira, o trabalho da enfermagem no diagnóstico e na adesão do tratamento é fundamental, pois sem esse acompanhamento o índice de pessoas que abandonam o tratamento é muito grande. Por conta das reações aos medicamentos e reações hanseníase, os pacientes acham estar piorando, fazendo com que abandonem o tratamento. Os pacientes também têm dificuldades sair na rua por conta do preconceito, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. Daí a importância do agente comunitário de saúde para identificar possíveis casos e a visita de enfermagem nas residências¹¹.

O Ministério da Saúde do Brasil definia contato, até 2016, como qualquer pessoa que residia ou tinha residido com o caso novo de hanseníase no âmbito do domicílio nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença¹⁵. Porém, ao verificar maior risco associado também a contatos fora do espaço domiciliar, o país incorporou, a partir de 2016, em suas diretrizes, a ampliação das ações de vigilância para essa população. Definiu-se contato social como qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não de forma próxima e prolongada com o caso não tratado. Assim, todos os contatos domiciliares e sociais necessitariam ser acompanhados, submetidos a exame dermatoneurológico e ser alvo de ações de educação em saúde. Para os contatos, insere-se ainda a imunoprofilaxia como intervenção^{12, 16}.

Há um risco maior de transmissão da hanseníase no espaço domiciliar em relação à população geral, chegando a ser 14 vezes maior entre contatos intradomiciliares de casos multibacilares e aproximadamente duas vezes maior entre contatos de casos paucibacilares^{17,18}. É estratégico, portanto, o alcance de boa

cobertura e qualidade das ações voltadas para o exame de contatos, a fim de reduzir a carga da doença¹⁹.

Portanto, considerando-se o caráter de doença infecciosa crônica, o seguimento das pessoas acometidas pela hanseníase e suas famílias tem sido crítico, inclusive para a redução de eventuais “saídas” do sistema de notificação por abandono. Recentemente, o Ministério da Saúde recomendou também o reforço de busca ativa na população masculina e de idosos, visando ao diagnóstico de casos multibacilares²⁰.

As diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase que foram publicadas em fevereiro de 2016, reforçaram como ações prioritárias a detecção de novos casos, o atendimento à demanda espontânea, a busca ativa de casos novos e a vigilância de contatos. Sugeriu-se que a avaliação de contatos ocorresse anualmente, durante pelo menos cinco anos. Portanto, reafirma que uma abordagem única ao contato não assegura a redução da transmissão da doença. De forma adicional, as novas diretrizes ampliaram o conceito de contato para além do espaço do intradomicílio, apesar de não ter deixado de modo claro os referenciais para a operacionalização desta nova orientação. O presente trabalho não capta as novas orientações contidas nessa nova definição¹².

As desigualdades de gênero apresentam forte influência no processo saúde-doença-cuidado, sendo que os homens se tornam mais vulneráveis ao adoecimento e a formas mais graves, não apenas pela forma de viver a sua masculinidade, mas também à inadequação dos serviços de saúde na identificação e atendimento de suas necessidades específicas de saúde²¹. Desde 2009, o Brasil tem buscado instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos²².

A detecção em menores de 15 anos é o principal indicador de monitoramento da endemia e sugere a intensa circulação do *Mycobacterim leprae*, transmissão ativa e recente da doença²³. A prevalência do agravo nessa população depende do grau de exposição ao bacilo, que é maior em regiões endêmicas e reflete a deficiência na vigilância e no controle da doença²⁴.

O tempo entre o início do aparecimento dos sinais e sintomas da doença até a confirmação do diagnóstico é um dos fatores associados à presença de incapacidade física, ou seja, quanto maior o atraso no diagnóstico, maiores serão as chances de deformidades e incapacidades físicas e transmissão²⁵. Os registros de casos de hanseníase em menores de 15 anos no país evidenciaram que um terço desses indivíduos estava centralizado em 43 cidades brasileiras e que o ônus da doença estava concentrado em 15 unidades da federação, entre elas, o Mato Grosso²⁶.

A detecção ativa é realizada por meio da busca sistemática dos contatos intradomiciliares e da coletividade e possibilita o diagnóstico e tratamento precoce da doença, minimizando sua transmissibilidade¹². Por se tratar de um indivíduo que está em pleno processo de crescimento e desenvolvimento, esses eventos influenciam negativamente na qualidade de vida deste, causando mudanças em suas relações sociais e em seu comportamento, podendo prejudicar o seu rendimento e até mesmo levar ao abandono escolar²⁷. Reconhecendo essa situação previamente, o Ministério da Saúde estabeleceu a priorização de municípios onde havia maior concentração da doença a fim de fortalecer as ações contra a mesma por meio de repasse financeiro a partir de 2011²⁸.

As taxas de detecção geral e em menores de 15 anos de idade apresentaram endemicidade muito alta, apesar da adequação das atividades diagnósticas, apontando não só aumento de cobertura do sistema de saúde e agilidade diagnóstica, como também – e principalmente – expansão da epidemia, refletindo uma maior incidência de casos novos^{29, 30}. Entretanto, o indicador muito alto em menores de 15 anos mostra a persistência da transmissão e a precocidade da exposição a focos ativos, sugerindo deficiência na vigilância e no controle da doença³⁰.

O município de Cáceres, localizado no estado de Mato Grosso, apresenta-se endêmico para a hanseníase e a vigilância de contatos intradomiciliares é uma medida importante em um contexto de alta endemicidade, uma vez que, nessas regiões, tem-se observado maiores proporções de perda de diagnóstico^{31, 32}. A perda em diagnóstico de casos de hanseníase pela não investigação de contatos representa parte importante da prevalência não conhecida da hanseníase. Esta condição expõe as fragilidades da vigilância epidemiológica e contribui para a manutenção da epidemia nestas áreas^{31, 33}.

Foi realizado um estudo no município brasileiro de Barão – RS a fim de averiguar a eficiência de redes sociais quanto aos indicadores de desempenho. A rotina diária de trabalho se faz por meio das relações existentes entre as pessoas. Estas formam equipes ou grupos, construindo redes sociais. Com relação à Análise de Redes Sociais (ARS), está se diferenciando de tais definições por caracterizar-se como um modelo de investigação acerca da estrutura das ligações entre pessoas que compõem uma determinada rede³⁴. A Análise de Redes Sociais é o estudo dos relacionamentos que envolvem as conexões de atores para auxiliar no esclarecimento dos fenômenos sociais³⁵.

Os municípios foram então definidos a partir da sua capacidade em detectar precocemente casos novos, com incapacidades físicas de grau II. Um destes municípios foi o de Barão, cuja estimativa da população para o ano de 2009 foi de 98.498 habitantes³⁶. Entretanto, o panorama não se sustentou, devido a eventos que levaram a novas rupturas e à mudança de posicionamentos dentro da rede. O Programa de Controle da Hanseníase ficou em segundo plano, sendo o foco principal impulsionado por questões de cunho pessoal. Os indivíduos não se tratam nem tomam decisões como se fossem átomos em redor do contexto social e nem se aderem servilmente aos destinos estabelecidos para eles, seja pelas categorias sociais às quais eles pertencem, seja por seus locais de trabalho. Suas ações são acopladas aos sistemas concretos de relações sociais, mas não são meramente o resultado das normas. A estrutura pesa formalmente sobre a ação do indivíduo, afetando a percepção sobre o interesse dos atores. As ações individuais obedecem, portanto, ao princípio da racionalidade. Assim, a estrutura em que se encontra o indivíduo é o efeito emergente das suas interações, uns com os outros³⁷.

Nos últimos 10 anos foram realizadas pesquisas para conseguir atualizações, e diagnósticos mais efetivos da doença. O eritema nodoso hansênico (ENH) ocorre em aproximadamente 25 a 30% dos casos de hanseníase, principalmente na forma multibacilar, de maneira espontânea ou é desencadeado por infecções intercorrentes, anemia, estresse, puberdade, gestação, intervenção cirúrgica e uso de fármacos como antibióticos, progesterona e vitamina A1-3. Caracteriza-se por lesões eritematosas, dolorosas, de tamanho variável, incluindo pápulas e nódulos, localizadas em diferentes regiões da pele. Alguns casos evoluem com neurite, orquite, epididimite, irite, iridociclite, artrite, linfadenite, dano hepático, edema dos membros inferiores, pré-tibialgia e febre^{38, 39}.

O exato mecanismo de ação da talidomida no ENH permanece incerto; entretanto, ensaios clínicos em processos inflamatórios e oncológicos objetivando esclarecer os múltiplos mecanismos envolvidos na interação deste fármaco com as diferentes linhagens de células do sistema imunológico, retículo-endotelial e nervoso, destacaram sua capacidade de inibir, de maneira seletiva, a produção do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) em monócitos humanos^{40, 41}. Ressalta-se que a neuropatia periférica é o principal fator limitante ao uso deste fármaco, é dose dependente, algumas vezes irreversível, e ocorre em cerca de 21 a 50% dos usuários. As manifestações clínicas do ENH ratificam estudos em outros grupos populacionais, entretanto não foi observada redução na frequência e na severidade das manifestações do ENH. A evolução clínica do ENH foi similar em ambos os grupos e comparável a outros estudos, que demonstraram melhora clínica, com resposta dramática e rápida, usualmente dentro de um a sete dias após instituição da terapia com talidomida^{39, 42,43}.

Com relação à transmissão da doença, discute-se há anos serem as vias aéreas superiores, principalmente o nariz, a rota de entrada e provável eliminação do *Mycobacterium leprae*. Acredita-se que 95% dos pacientes com hanseníase virchowiana terão envolvimento nasal precoce. Note-se que, mesmo sem lesões mucosas visíveis, há alterações histopatológicas específicas da doença⁴⁴. Nestes pacientes com hanseníase virchowiana, no estágio de invasão bacilar, observa-se um grande número de células produtoras de muco, edema e aumento da vascularização da submucosa infiltrada por plasmócitos e linfócitos. Esta grande quantidade de muco explicaria a congestão nasal e rinorreia características neste estágio inicial. Posteriormente, no estágio de proliferação, ocorre uma exacerbação dos achados anteriores, conferindo à mucosa aspecto granuloso; neste estágio, a presença de macrófagos no infiltrado inflamatório é predominante. O estágio a seguir é o de destruição e ulceração da mucosa, com infiltrado inflamatório constituído por macrófagos com numerosos bacilos, além de linfócitos e plasmócitos. Já o último estágio, o de resolução e fibrose, a fibrose é marcante e raramente são encontrados bacilos⁴⁵.

A utilização de novas técnicas, como a PCR (proteína C reativa) em Tempo Real, vem contribuir para a detecção do *M. leprae* e auxiliar os métodos tradicionais de diagnóstico da doença, como a baciloscopia e histopatologia, constituindo um grande avanço em relação ao diagnóstico clínico. Esta técnica permite gerar resultados quantitativos e, conseqüentemente, mais precisos. Como a doença pode estar relacionada à associação de fatores genéticos e ambientais, além da exposição ao bacilo, a positividade da PCR (proteína C reativa) em amostras de sangue e secreção nasal de contatos não caracteriza obrigatoriamente o adoecimento⁴⁶. Entretanto, as pesquisas sorológicas não refletem infecção em todos os indivíduos, já que a maioria das pessoas expressa resistência ao *M. leprae* e, mesmo adoecendo, apresenta baixa carga bacilar (paucibacilares PB) e conseqüentemente, baixos níveis de imunoglobulina do tipo IgM⁴⁶.

A terapia anti-TNF α tem sido amplamente utilizada em diversas artropatias inflamatórias crônicas, em especial artrite reumatoide (AR). As peculiaridades farmacológicas e bioquímicas dos agentes anti-TNF α podem explicar as diferenças entre essas medicações, especialmente no que diz respeito aos aspectos de segurança^{47,48}. Os anticorpos monoclonais, quiméricos (infleximabe-IFX) ou humanos (adalimumabe-ADA) neutralizam o TNF α solúvel e ligado à membrana com maior avidéz e por tempo mais prolongado, enquanto o etanercepte (ETN) se liga, apenas, à fração solúvel e de modo mais reversível e por menor intervalo de tempo. Além

disso, IFX e ADA promovem mais apoptose, bem como diminuição significativa dos níveis de interferon gama (INF-g) e de forma dose-dependente. Em contrapartida, o ETN não possui essas características. A redução da concentração do INF-g, ainda, pode estar associada à falência da inibição do crescimento intracelular de micobactérias^{49,50}.

O exato mecanismo pelo qual os bloqueadores do TNF α ocasionam a reativação de infecções granulomatosas latentes não é bem conhecido, mas especula-se que a desorganização do granuloma esteja relacionada, diretamente, com próprio TNF e com o desequilíbrio da produção e da ativação da liberação de IFN γ e IFN α , bem como a complexa interação entre linfócitos circulantes e células epitelióides e macrófagos locais (imunidade adquirida e inata). Munk et al. demonstraram que elevadas concentrações plasmáticas do receptor solúvel I do TNF α , em pacientes com hanseníase, forma virchowiana, podem ocasionar regulação ineficiente da atividade inflamatória, por inibir a atividade citolítica do TNF in vitro. Esse achado sugere que a atividade regulatória do receptor solúvel do TNF é parcialmente prejudicada em pacientes com hanseníase, forma virchowiana, mas não nas outras formas clínicas da doença⁵¹.

Foi realizado um estudo de caso em uma paciente que apresentou uma lesão purulenta em canto medial do olho esquerdo, envolvendo pálpebras superiores e inferiores. Existe uma correlação bem nítida entre as formas clínicas da doença e o grau de imunidade específica do paciente; sendo assim, encontramos duas formas polares: a tuberculóide onde o indivíduo consegue desenvolver defesas contra o microrganismo apresentando um quadro benigno e a virchowiana, quando o sistema imunológico não consegue conter a multiplicação do *M. leprae*, apresentando a forma multibacilar com quadro clínico mais exuberante^{52, 53}. De acordo com a literatura, os pacientes hansenianos apresentam as seguintes alterações oculares: atrofia parcial da íris, ceratite, diminuição da força do músculo orbicular, lagoflato, madarose, nódulo iriano, neurite supraorbitária, diminuição da sensibilidade da córnea e xeroflato⁵⁴. As alterações palpebrais na hanseníase de longa duração já foram descritas tais como madarose parcial de cílios e supercílio e ptose ciliar⁵⁵. A hanseníase virchowiana pode apresentar algumas variedades: forma difusa e a histióide. Na forma difusa pode ocorrer um quadro raro de úlceras cutâneas provocadas por processo de vasculite, também conhecido por "fenômeno de Lúcio"⁵⁶. Apesar disso, a paciente apresentou recuperação espontânea com aspecto estético satisfatório do canto medial do olho esquerdo.

A reação hansênica foi o principal motivo da internação entre os óbitos confirmados no presente estudo. O quadro clínico dos pacientes incluiu características típicas das reações de tipo 1 e tipo 2, como alterações de cor e edema nas lesões antigas, infiltração, dor nos nervos periféricos, presença de nódulos subcutâneos dolorosos e febre⁵⁷ esses achados corroboram os de estudo sobre o perfil epidemiológico da demanda de internação por reação hansênica, realizado no Pará, no período de 1992 a 1999, que identificou a mesma reação como diagnóstico principal em 98,7% das internações⁵⁸.

Chama a atenção o fato de a maior parte dos óbitos, incluindo os confirmados, ocorrer após a conclusão da poliquimioterapia (PQT) e da alta por cura no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A alta por cura é estabelecida segundo os critérios de regularidade no tratamento: número de doses administradas; e tempo de tratamento. Os pacientes que apresentam reações no momento da alta por cura devem ser monitorados e orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de agravamento dos sintomas⁵⁷. Quanto aos óbitos

descartados, é possível que tenham ocorrido problemas de seleção da causa básica, tais como falha na codificação da causa de morte, aplicação inadequada das regras de codificação, desconsideração de afecções mencionadas no atestado de óbito e diferenças de interpretação de relações causais entre as doenças⁵⁹. Entre os óbitos descartados, um paciente apresentou síndrome de Stevens-Johnson. Embora essa síndrome esteja associada a efeito colateral da dapsona⁶⁰. Apesar da baixa letalidade da doença, o presente estudo confirmou a ocorrência de óbitos por causas relacionadas à hanseníase, especialmente por complicações decorrentes da doença⁶¹.

Frente a essa situação, é reforçada a necessidade da atenção integral e oportuna aos casos mais complicados da hanseníase, sobretudo na pós-alta, quando o usuário já não se encontra nos registros de prevalência pontual, mas necessita de acompanhamento. Outro estudo realizado no Ceará, no período de 2006 a 2007, encontrou lacunas importantes na operacionalização da atenção à pessoa acometida pela hanseníase, no pós-alta⁶⁰.

No entanto, se a hanseníase for diagnosticada rapidamente e o indivíduo for submetido ao tratamento correto, existe uma grande possibilidade de se obter a cura e conseqüentemente evitar alguma alteração de ordem física e social. Portanto, faz-se necessário que a intervenção feita pelo enfermeiro tenha um suporte adequado para promover a identificação, diagnóstico e tratamento da doença⁶². Nota-se a importância de treinamentos contínuos aos enfermeiros para que os mesmos identifiquem o mais rápido possível à doença, evitando um tratamento incorreto e diminuindo as chances de transmissão da doença. Daí a importância da intervenção do enfermeiro que deve estar apto a fazer uma avaliação diagnóstica clínica, a identificar as prováveis variações e apontar as complicações manifestadas pela doença. Também é atribuição do enfermeiro coordenar as ações assistenciais de cuidado, a fazer prescrição para os pacientes e seus familiares sobre o estigma que envolve a doença, conscientizando-os do perigo de serem vítimas de preconceito e discriminação por causa da doença. Não obstante, a hanseníase é uma doença tratável e tem cobertura completa das políticas públicas de saúde⁹.

O enfermeiro tem grande importância no autocuidado do paciente, na supervisão do psicológico do paciente e da família, nos cuidados com a pele (hidratação), ou seja, na parte de assistência como curativos, talas, na retirada de calosidades, etc.

O aspecto físico do corpo assume relevância porque “as qualidades morais e físicas atribuídas ao homem ou à mulher não são inerentes a atributos corporais, mas à significação social que lhes damos e às normas de comportamento implicadas”⁶³, de forma que a sociedade estabelece os parâmetros do que é belo e do que não é. De forma especial, destaca esse autor, o rosto é a parte do corpo que carrega os valores mais elevados e alude a uma identidade pessoal e única. Sendo assim, as marcas no rosto são vividas como uma privação da própria identidade, uma profunda marca no “eu”, que faz “a aparência física de si [...] valer socialmente pela apresentação moral”⁶³.

Assume-se que a “cura” pode não ser um retorno ao estado anterior, uma vez que as reações podem voltar, mesmo após o fim do tratamento; pode ser que o “desmame” implique reiniciar o tratamento, até que as reações cessem. Ou ainda, essas mulheres podem ficar com marcas, dormências e fraquezas permanentes, o que requer, em qualquer caso, outros sentidos à ideia de cura, baseados na reconstrução cotidiana, empreendida pelo trabalho e criatividade destas mulheres potentes para retomarem suas vidas⁶⁴.

O autocuidado é essencial, pois mesmo após o uso dos remédios, podem surgir algumas complicações. Por isso, é fundamental estar atento ao cuidado com o corpo (olhos, nariz, mãos, braços, pés e pernas). Diante desses problemas, a educação básica em enfermagem orientará o paciente no aprendizado dos exercícios que deverão ser feitos visando a recuperação³.

Dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento não seriam esperadas quando o adoecimento por hanseníase apresenta tão altos índices no estado de Mato Grosso. Por isso, questionam-se quais aspectos contribuem para manter uma doença invisível e negligenciada, por ser evidente que não há somente um fator que explique esse problema. Reitera-se que “mais adequado é entender que não seria a doença negligenciada, mas pessoas com pertencimentos àqueles segmentos histórica e socialmente fragilizados, politicamente enfraquecidos e culturalmente discriminados”⁶⁴.

Considerações Finais

Os resultados do estudo demonstram que a prevalência do número de casos de hanseníase é maior em algumas regiões, tais como Amazônia, Mato Grosso, Pará, Ceará, entre outros, estados estes onde prevalece a precariedade dos determinantes sociais. Nota-se que a vigilância, em relação à transmissão, continua precária, existem erros e dificuldades de diagnóstico, de preenchimento de notificações e prontuários, para que sejam feitas buscas ativas para controle da doença. Com isso, faz-se necessário a Educação em Saúde tanto dos profissionais de saúde quanto da população. Estudos realizados nestes últimos anos, não comprovaram nenhum dado novo em relação a medicação, às reações hansênicas, ao modo de transmissão ou diagnósticos precoces. O estudo trouxe atualização sobre a detecção em menores de 15 anos e todo prejuízo causado a vida do adolescente em geral e todo comprometimento da vida social e escolar do mesmo. A hanseníase é uma doença negligenciada que necessita de uma atenção maior por parte do Ministério da Saúde, dos órgãos competentes e maior engajamento dos profissionais da saúde.

O estudo demonstrou que são diversas as dificuldades dos profissionais de saúde com relação ao manejo da hanseníase, entre elas, estão à falta de capacitação para diagnosticar mais precisamente a doença, a ausência de integração dos centros de referência com as equipes de saúde básica, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos materiais na rede básica de saúde, a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento, como também o preconceito da sociedade com relação à doença. A consulta de enfermagem também é muito importante, pois ajuda a estabelecer um vínculo com o paciente e a família, visando através dessa confiança estabelecida, um atendimento humanizado de mais qualidade, privilegiando a cura, assim como a reabilitação física e psicológica do paciente.

Constatou-se que o conhecimento sobre a doença mostra-se fragilizado, impactando diretamente no diagnóstico e no tratamento, entretanto, evidenciou que as redes de saúde têm papel importante nos programas que visem ações sociais para a população desde que haja confiança do usuário e, que sejam gerados laços pessoais saudáveis para que não haja comprometimento do programa.

Referências

1. Britton WJ. Lockwood DNJ. Leprosy. 2004. The Lancet 363. p. 1209-1219.
2. Brasil, Organização Mundial da Saúde. Projeto Abordagens Inovadoras para o enfrentamento da Hanseníase, 2017.
3. Dias RC. Pedrazzani ES. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. Rev. bras. Enferm. Brasília. v.61. n. Especial. p. 753-756. Nov. 2008.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
5. Mendes KDS. Silveira RCCP. Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – Enferm. Florianópolis. v17. n4. Dec. 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Eliminar a hanseníase é possível: um guia para os municípios. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático para operacionalização da campanha nacional de hanseníase, verminoses, tracoma e esquistossomose 2016. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.
8. Araújo AERA. Aquino DMC. Goulart IMB. Pereira SRF. Figueiredo IA. Serra HO et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. Rev. Bras. Epidemiol. 2014 out-dez. 17(4):899-910.
9. Amaral EP. Lana FCF. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais. Rev. Bras. Enferm. 2008 nov. 61(esp):701-7.
10. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2016.
11. Oliveira MLW. Hanseníase: cuidados para evitar complicações. Reedição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 1998.
12. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.
13. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016-2020. Accelerating towards a leprosy-free world.

14. Mieras LF. Anand S. Van Brakel WH. Hamilton HC. Martin Kollmann KH. Mackenzie C et al. Neglected Tropical Diseases, Cross-Cutting Issues Workshop. 4-6 February 2015. Utrecht, the Netherlands: meeting report. *Int Health* 2016.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União*.
16. Merle CS. Cunha SS. Rodrigues LC. BCG vaccination and leprosy protection: review of current evidence and status of BCG in leprosy control. *Expert Rev Vaccines* 2010. 9:209-22.
17. Smith W. Aerts A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. *Lepr. Rev.* 2014. 85:2-17.
18. Andrade AR. Grossi MA. Buhner-Sekula S. Antunes CM. Seroprevalence of ML Flow test in leprosy contacts from State of Minas Gerais. Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008. 41:56-9.
19. Lobato DC. Neves DCO. Xavier MB. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu. Estado do Pará. Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* 2016. 7:45-53.
20. Ministério da Saúde. Nota informativa conjunta – alerta para o exame sistemático de hanseníase na população masculina e em idosos.
21. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva* 2005. 10:105-9.
22. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes).
23. Hacker MA. Sales AM. Albuquerque EC. Rangel E. Nery JA. Duppre NC et al. Pacientes em centro de referência para hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias. 1986-2008. *Ciência Saúde Coletiva* 2012. 17(9): 2533-41.
24. Barreto JG. Bisanzio D. Guimarães LS. Spencer JS. Vazquez-Prokopec GM. Quitrom U et al. Spatial analysis spotlighting early childhood leprosy transmission in a hyperendemic municipality of the Brazilian Amazon region. *Plos Negl Trop Dis* 2014. 8(2): e2665.
25. Guerrero IM. Muvdi S. León CI. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia. 2000-2010. *Rev Panam Salud Publica* 2013. 33(2): 13743.
26. Levantezi M. Moreira T. Neto SS. Jesus AL. Leprosy in children under fifteen years in Brazil. 2011. *Lepr Rev* 2014. 85(2): 118-22.
27. Vieira MA. Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo

com mudanças. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2002. 10(4): 552-60. DOI: 10.1590/S0104-11692002000400013.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.556 de 28 de outubro de 2011. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

29. Penna MLF. Oliveira MLW. Carmo EH. Penna GO. Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008.41(Supl 2):6-10.

30. Pires CAA. Malcher CMSR. Abreu JMC. Albuquerque TG. Corrêa IRS. Daxbacher ELR. Leprosy in children under 15 years: the importance of early diagnosis. *Rev. Paul Ped.* 2012 Jun.30(2):292-5.

31. Ignotti E. Bayona M. Alvarez-Garriga C. Andrade VLG.Valente JG. Transmission of Hansen's Disease and Unscreened Household Contacts. *Indian J Lepr.* 2007.79(1):11-25.

32. Matos HJ. Duppre N. Alvim MFS. Vieira LMM. Sarno EM. Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em corte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad. Saúde Pública.* 1999.15(3):533-42.

33. Ignotti E. O paradoxo dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

34. Tomael MI. Marteleto RM. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. *Transinformação.* 2013. 25(3): 245-53.

35. Marques EC. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. São Paulo: Revan. 2000.

36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

37. Emirbayer M. Goodwin J. Network analysis, culture, and the problems of agency. *Am. J. Sociol.* 1994.99(6): 1411-54.

38. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003.36:373-382.

39. Foss NT. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol* 1999.74:113-119.

40. Eriksson T. Bjorkman S. Hoglund P. Clinical pharmacology of thalidomide. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2001.57:365-376.

41. Haslett PAJ. Roche P. Butlin CR. Macdonald M. Shrestha N. Manandhar R et al.

Effective treatment of erythema nodosumleprosum with thalidomide is associated with immune stimulation. *J Infect Dis* 2005.192:2045-2053.

42. Parikh DA. Ganapati R. Revankar CR. Thalidomide in leprosy: study of 94 cases. *Indian J Lepr* 1986.58:560-566.

43. Vilahermosa LG. Fajardo Jr TT. Abalos RM. Balagon MV. Tan EV. Cellona RV et al. A randomized double-blind, double-dummy, controlled dose comparison of thalidomide for treatment of erythema nodosumleprosum. *Am J Trop Med Hyg* 2005.72:518-526.

44. Barton RPEA. Clinical study of the nose lepromatous leprosy. *Lepr Rev.* 1974.45:135-44.

45. Job CK. Karat AB. Karat S. The histopathological appearance of Leprous rhinitis and pathogenesis of septal perforation in leprosy. *J Laryngol Otol.*1966. 80(7):718-32.

46. Almeida EC. Martinez NA. Maniero VC. Sales AM. Duppre NC. Sarno EM et al. Detection of *Mycobacterium leprae* DNA by polymerase chain reaction in the blood and nasal secretion of Brazilian household contacts. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2004.99(5):509-11.

47. Domm S. Cinatl J. Mrowietz U. The impact of treatment with tumour necrosis factor- α antagonists on the course of chronic viral infections: a review of the literature. *Br J Dermatol* 2008. 159:1217-28.

48. Wallis RS. Broder MS. Wong JY. Hanson ME. Beenhouwer DO. Granulomatous Infectious Diseases Associated with Tumor Necrosis Factor Antagonists. *Clin. Infect. Dis.*2004. 38:1261-5.

49. Winthrop LK. Risk and prevention of tuberculosis and other serious opportunistic infections associated with the inhibition of tumor necrosis factor. *Nat. Clin. Pract. Rheumatol.* 2006. 2:602-11.

50. Furst DE. Wallis R. Broder M. Beenhouwer DO. Tumor Necrosis Factor Antagonists: Different Kinetics and/or Mechanisms of Action May Explain Differences in the Risk for Developing Granulomatous Infection. *Semin Arthritis Rheum* 2006. 36(3):159-67.

51. Munk ME. Anding P. Schettini APM. Cunha MG. Kaufmann SHE. Soluble tumor necrosis factor alpha receptors in sera from Leprosy patients. *Infect Immun* 1999. 67:423-5.

52. Barros JM. Aspectos clínicos do comprometimento ocular na lepra. São Paulo: Melhoramentos. 1939.

53. Barros JM. As complicações oculares da lepra. *Rev Bras Leprol.* 1945.14:103-5.

54. Costa MS. Gallo MEN. Nery JAC. Bechimol E. Avaliação oftalmológica em

hanseníase multibacilar. Arq Bras Oftalmol. 1999.62(6):701-3.

55. Guimarães FC. Cohen JM. Cruz AAV. Alterações palpebrais na hanseníase de longa duração. Arq. Bras. Oftalmol. 1996.59(4):379.

56. Rea TH. Ridley DS. Lucio's phenomenon: a comparative histological study. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1979.47(2):161-6.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, controle e atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União, 7 out 2010. Seção 1.

58. Soares C. Hanseníase no estado do Pará: perfil epidemiológico da população que demanda internação por reações hansênicas. Belém: Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

59. Ishitani LH. França E. Uso das causas múltiplas de morte em saúde pública. Inf. Epidemiol. SUS. 2001 dez.10(4):163-75.

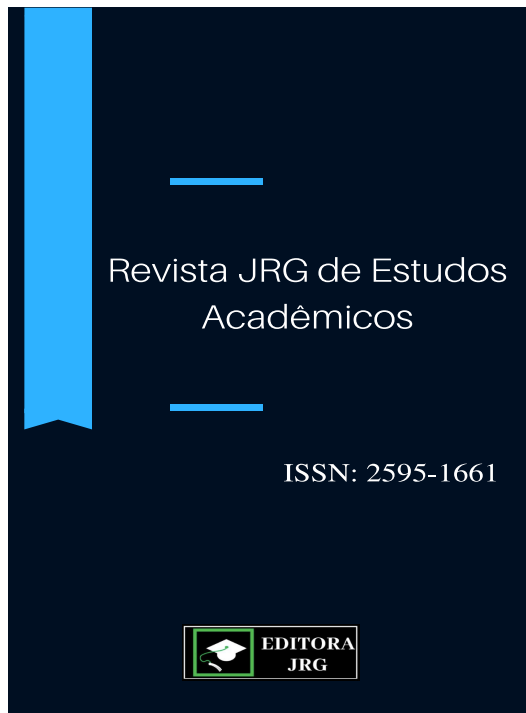
60. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

61. Rocha MCN. Stevens A. Lima RB. Garcia LP. Estudo descritivo de óbitos por hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. Brasília. 2013.

62. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2016.

63. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión. 1995. 254p. A sociologia do corpo. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2010. 102p.

64. Barsaglini RA. Paz KM. Lemos PL. Resenha. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. v. 19. n. 52. p. 195-199. 2015.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite):
10/10/2019.

**Data de disponibilização no site
(publicação): 10/11/2019.**

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

**ESCLARECENDO DÚVIDAS RELACIONADAS A COLETA, CONSERVAÇÃO E
TRANSPORTE DE URINA DESTINADA PARA EXAME LABORATORIAL¹**

**CLARIFYING DOUBTS RELATED TO THE COLLECTION, CONSERVATION AND
TRANSPORT OF URINE FOR LABORATORY EXAMINATION**

*Laerte Silva de Oliveira²
Me. Walquiria Lene dos Santos³*

Resumo

A coleta de urina é uma etapa minuciosa, pois se ocorrer mal procedimento nessa fase, bem como: higiene insuficiente, erro de coleta, mal acondicionamento do material e demora no transporte do material até o laboratório, influenciará diretamente no

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

²Farmacêutico Bioquímico, acadêmico da Pós Graduação em Análises Clínicas na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

³ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Integrante do Núcleo Docente Estruturante (NDE), Integrante do Comitê de Ética e Pesquisa da FACESA, Programa de Iniciação Científica da FACESA (PIC), Integrante dos Programas de Extensão Benjamim, Programa de Extensão Melhor Idade, Programa de Extensão FACESA, Comando de Saúde nas Empresas e Programa de Extensão Promovendo Saúde nas Escolas. Docente na Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC. Atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, idoso, cuidados, sexualidade

resultado final da amostra e por consequência, gerar resultados falsos-positivos ou falsos-negativos. **OBJETIVO:** Analisar as principais dúvidas por parte dos pacientes no que diz respeito ao exame de urocultura. **MÉTODOS:** O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Na busca dos dados foram utilizados os seguintes descritores para refinamento da amostra: “Urocultura”, “Infecção urinária” e “EAS”. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: dimensão temporal entre 2010 e 2017 e que abordassem a temática. Foram excluídos artigos que não contemplavam o objetivo do estudo, os que foram publicados antes de 2010. **RESULTADOS:** Foi observado que dos quatorze artigos analisados, todos citaram informações relacionadas ao diagnóstico, causas e tratamentos para as infecções urinárias. Todavia, doze dos quatorze (85,71%) não abordaram maneiras ou protocolos que auxiliassem o paciente na fase pré-analítica, a qual incorre a coleta, armazenamento e transporte do material a ser analisado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Faz-se necessária a implantação de atividades que visam a formação, educação de todos os profissionais envolvidos nos processos que antecedem a análise do material. Conclui-se que os erros pré-analíticos sempre vão existir, porém eles podem ser minimizados com o apoio de estratégias de controle de qualidade adotados por todos que trabalham no laboratório clínico.

Palavras-chave: Infecção urinária, Trato Urinário, EAS, Urocultura

Abstract

Urine collection is a very painstaking step, because if there is a poor procedure in this phase, as well as: insufficient hygiene, collection error, poor material conditioning and delay in the transportation of the material to the laboratory, will directly influence the final result of the sample and consequently generate false-positive or false-negative results. **OBJECTIVE:** To analyze the main doubts on the part of the patients regarding the uroculture examination. **METHODS:** The bibliographical survey was performed through the Internet through the Virtual Health Library (VHL), LILACS (Latin American Literature in Health Science) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). In the data search the following descriptors were used to refine the sample: "Uroculture", "Urinary infection" and "EAS". The inclusion criteria for the selection of the sample were: temporal dimension between 2010 and 2017 and that approached the theme. We excluded articles that did not include the objective of the study, which were published before 2010. **RESULTS:** It was observed that of the fourteen articles analyzed, all cited information related to the diagnosis, causes and treatments for urinary infections. However, twelve of the fourteen (85.71%) did not discuss ways or protocols that would assist the patient in the preanalytic phase, which incurs the collection, storage and transport of the material to be analyzed. **FINAL CONSIDERATIONS:** It is necessary to implement activities that aim at the training and education of all the professionals involved in the processes that precede the analysis of the material. We conclude that pre-analytical errors will always exist, but they can be minimized with the support of quality control strategies adopted by everyone working in the clinical laboratory.

Key words: Urinary Tract Infection, Urinary Tract, EAS, Uroculture

Introdução

As infecções do trato urinário são causas muito frequentes de morbidade, e em determinadas situações podem levar a uma mortalidade significativa.¹ A urina é um líquido transparente, amarelado, formado nos rins e que transporta produtos residuais do metabolismo até ao exterior do organismo, 95% por água, na qual ureia, toxinas e sais minerais, os restantes 5%, estão dissolvidos.²

A cultura de urina, também chamada de urocultura, é o exame indicado para o diagnóstico da infecção urinária.³ A urocultura é feita através da colocação da urina em um meio propício à reprodução de bactérias, chamado meio de cultura.⁴ Caso a urina contenha germes, em 48 horas será possível identificar a formação de colônias de bactérias, podendo, deste modo, identificarmos qual tipo de bactéria está presente e quais antibióticos são eficazes em combatê-las.⁵

A urina é um ambiente propício para a proliferação bacteriana, entretanto, o trato urinário não é colonizado, sendo que somente no terço distal da uretra existe uma microbiota composta de bactérias aeróbicas e anaeróbicas que têm função protetora contra a colonização do trato urinário por bactérias patogênicas.⁶

O principal mecanismo para impedir a proliferação bacteriana é o livre fluxo urinário desde o parênquima renal até a eliminação pela uretra através da micção.⁷ Existem também fatores protetores em todo o uroepitélio e fatores próprios de virulência dos diversos tipos de bactérias.⁸ A infecção do trato urinário (ITU) se caracteriza pela presença de microrganismos na urina.⁵ Os patógenos mais comuns são as bactérias. A infecção urinária pode se manifestar de diversas maneiras, ou ser assintomática.⁵

A urina é um excelente meio de cultura para a maioria dos microrganismos que infectam o trato urinário e o crescimento bacteriano pode ocorrer na bacteriologia das infecções urinárias, resultando em contagens elevadas em infecções estabelecidas não tratadas, ou mesmo por contaminação da genitália externa.⁹

A urina é teoricamente um ambiente estéril, e a presença de qualquer número de bactérias seria um achado anormal.⁴ Contudo, a análise do sedimento urinário pode resultar em falso negativos para bacteriúria, mesmo na presença de infecção ativa.³ Da mesma forma, resultados falso-positivos podem ocorrer, como nos casos de contaminação da coleta.⁴ Dentre os achados indicativos de contaminação bacteriana da urina no momento da coleta, poderíamos destacar a presença de quantidades expressivas de células epiteliais escamosas na microscopia do sedimento urinário, indicativas de contaminação a partir do introito vaginal ou do prepúcio.⁵

A coleta da urina para urocultura deve ser feita no período da manhã, de preferência a primeira micção do dia ou qualquer urina duas horas após a retenção vesical. Deve ser feita rigorosa assepsia das genitais com água e sabão neutro e, posteriormente, secagem com gaze estéril, o ideal é colher o jato intermediário (jato médio)¹⁰

Infecção do trato urinário significa a presença de microrganismos nas vias urinárias, incluindo-se bexigas, próstata, sistema coletor ou rins.⁷ Na maioria das vezes são causadas por bactérias, principalmente gram-negativas, podendo ocasionalmente estarem envolvidos fungos e vírus.⁸ A maioria dos episódios de ITU é causada por enterobactérias como: *Escherichia*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*, *Serratiae* outros. A *Escherichia coli* é o agente etiológico mais comum.¹⁰

A distribuição dos patógenos é diferente, estando a *E. coli* responsável por 50% das infecções, seguida por *Klebsiella*, *Providencia*, *Enterococcus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas aeruginosa* e *S. Epidermidis*. A *E. coli* tem uma

maior incidência nessas infecções por se tratar de uma bactéria da microbiota normal do intestino humano e poder, em determinadas situações colonizar e, por consequência causar infecções extra-intestinais.¹¹

A detecção das infecções do trato urinário se alicerça em bases clínicas e laboratoriais. Os procedimentos corretos de coleta e de interpretação da urinálise e da urocultura costumam resultar em diagnósticos precisos e tratamentos eficazes na maior parte das situações clínicas, devendo ser de conhecimento geral de todo profissional envolvido no atendimento básico de saúde.¹²

Técnicas apropriadas para a coleta de urina: a urina do jato médio é mais representativa da bexiga, sendo a técnica mais comumente empregada para obtenção de urina para urinálise e urocultura.³ O jato inicial, que é desprezado, ajuda a eliminar os potenciais contaminantes presentes na uretra e no introito vaginal.¹³ Em mulheres, é feita a higiene da vulva e do meato uretral com água e sabão, sendo os lábios afastados no momento da coleta de urina.² A amostra deve ser coletada em jato médio na primeira urina da manhã em frasco estéril devidamente identificado, com o procedimento de limpeza adequada, recomenda-se um limite máximo de duas horas entre a colheita e a chegada da amostra ao laboratório em temperatura de 2 a 8°C.²

Um outro método de conservação é a utilização de conservantes químicos, um dos principais conservantes químicos para a urocultura é o ácido bórico que mantém o pH em aproximadamente 6,0, agindo como bacteriostático (não bactericida). Este componente, possibilita que durante a contagem da colônia, essa se aproxime o mais fielmente possível da contagem inicial, minimizando chances de resultados “falso - positivo”, podendo assim ser usado para transporte de amostras.¹³

Os resultados falso-negativos podem ocorrer nas seguintes situações: técnica de coleta inadequada, por exemplo: resíduos de detergente não tirados, uso de antimicrobiano prévio, infecção urinária crônica (infecção pouco ativa), excreção urinária rápida, agentes etiológicos exigentes com relação aos meios de cultura.¹⁴ Por outro lado, podem surgir os resultados falso-positivos podem ocorrer nas seguintes situações: técnica de assepsia inadequada e erro na conservação do material.¹⁵

Nos dias atuais há uma enorme preocupação nos cuidados a serem tomados durante a coleta de amostras de urina destinadas ao exame urocultura, e principalmente no que diz respeito a seu transporte até o laboratório e conservação no ambiente domiciliar. A conservação inadequada ou a não de refrigeração dentro do tempo recomendado poderá alterar significativamente o número de bactérias contidas da amostra.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar as principais dúvidas por parte dos pacientes no que diz respeito ao exame de urocultura. Dentre os objetivos específicos citam-se: Avaliar por meio da pesquisa integrativa se o paciente tem uma orientação adequada sobre a correta coleta do material a ser examinado; Avaliar se o paciente tem uma higiene adequada no momento da coleta para que não ocorra contaminação do material coletado; Avaliar a organização e condutas realizadas nos locais de acondicionamento e o transporte do material coletado por meio da pesquisa integrativa.

Materiais e Métodos

O presente estudo foi realizado por meio da pesquisa integrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet por meio da Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Na busca dos dados foram utilizados os seguintes descritores para refinamento da amostra: “Urocultura”, “Infecção urinária” e “EAS”

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: dimensão temporal entre 2010 e 2018 e que abordassem a temática. Foram excluídos artigos que não contemplavam o objetivo do estudo e os que foram publicados antes de 2010.

Considerando esses critérios, selecionou-se 19 artigos usando as seguintes palavras-chaves: Urocultura, infecção urinária e EAS, sendo que a amostra final foi composta por 14 trabalhos científicos. Para a extração dos dados da amostra para a revisão, elaborou-se um formulário que contempla informações como identificação do artigo e autores, fonte de publicação, tipo de publicação, objetivo, características metodológicas e resultados encontrados. A análise dos dados foi realizada na forma descritiva seguida da interpretação dos achados, fundamentada na literatura pertinente. Os artigos foram pesquisados no período de outubro de 2017 e janeiro de 2018.

Caracteriza-se como benefícios avaliar e difundir informações dos fatores como correta coleta do material para o exame, boas práticas de higiene no exame e armazenamento do material a ser examinado e seu transporte até o laboratório.

Para a análise dos dados estes foram inseridos em planilha em formato de tabelas, para melhor análise dos dados.

Este estudo obedeceu às exigências da Resolução 466/2012 e outras normas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Na tabela I, observa-se a análise estatística da distribuição dos Periódicos analisados. 2010-2018.

Tabela I – Distribuição dos artigos focalizando as palavras chaves 2010 e 2018.

Palavras chave	n	%
Urocultura	7	53,84
Infecção urinária	4	30,76
EAS	1	7,69
Não citaram (soma de todos)	1	7,69
Total	13	100

Nota: n: número de publicações, %: frequência percentual.

Fonte: Pesquisa, 2018.

Tabela II - Distribuição dos artigos com relação ao tipo de estudo 2010 e 2018.

Tipo de estudo	n	%
Não informado	1	7,14
Estudo retrospectivo	1	7,14
Quantitativa, descritiva e documental	4	28,57
Corte transversal	2	14,28

Revisão de literatura	2	14,28
Transversal	4	28,57
Total de artigos	14	100

Nota: n: número de publicações, %: frequência percentual.

Fonte: Próprio pesquisador

Discussão

Com o presente estudo, foi observado que dos quatorze artigos analisados, todos citaram informações relacionadas ao diagnóstico, causas e tratamentos para as infecções urinárias. Todavia, doze dos quatorze não citaram em nenhum momento quanto a fase pré-analítica, a qual incorre a coleta, armazenamento e transporte do material a ser analisado.

Atualmente, o objetivo mais importante da medicina diagnóstica é garantir aos médicos e pacientes um atendimento eficiente e seguro, fornecendo laudos, sejam eles laboratoriais ou de imagem, com resultados rápidos e confiáveis, para posterior tomada de decisão dos médicos em relação à conduta clínica dos seus pacientes.²

A utilização de ferramentas de qualidade pelos laboratórios de análises clínicas é cada vez mais comum e necessária, a fim de se minimizar ou mesmo evitar a ocorrência de erros que comprometam a qualidade e segurança do resultado final do exame. Ainda assim, os testes laboratoriais continuam sendo uma importante fonte de erros médicos que afetam a segurança do paciente.²⁻¹⁵

A ênfase dos cuidados pré-teste é na seleção apropriada de testes, obtenção de consentimento, preparo adequado, educação individualizada do paciente, apoio emocional e comunicação efetiva. Essas intervenções são fundamentais para atingir os resultados desejados e evitar equívocos e erros.²

Conforme a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial (SBPC/ML) o médico solicitante, ou seus auxiliares diretos, devem ser responsáveis pela primeira instrução ao paciente sobre as condições requeridas para a realização do exame informando-o sobre a eventual necessidade de preparo para a sua realização. Isso reforça que o Laboratório de Análises Clínicas, não é o único responsável por orientar os pacientes quanto ao preparo para realização dos exames, entretanto tem papel fundamental, pois muitas vezes o tempo decorrido entre a solicitação do exame e a execução é longo. Os laboratórios clínicos necessitam passar informações adicionais e complementares, tais como procedimentos corretos de coleta, horários adequados, jejum e a necessidade de retirada de frascos próprios para a coleta domiciliar de algum material biológico, por exemplo, o exame de urina.¹⁵

Considerações Finais

A fase pré-analítica é a fase mais suscetível aos erros, isso porque todos os processos que envolvem essa fase são realizados fora do laboratório clínico e estão diretamente ligadas a tarefas manuais. A falta de capacitação e de treinamento dos profissionais envolvidos nos processos pré-analíticos ainda é a grande responsável por altas frequências de erros dentro do laboratório.

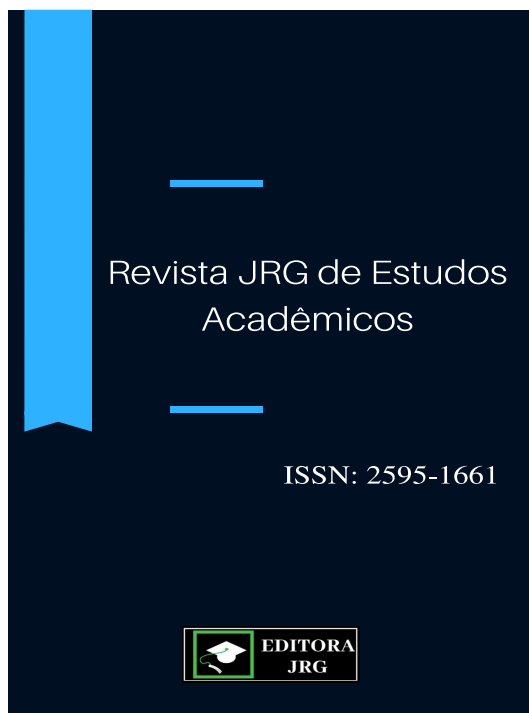
A fim de reduzir os erros e aumentar a segurança nos processos pré-analíticos, faz-se necessária a implantação de atividades que visam a formação, educação de

todos os profissionais envolvidos nos processos que antecedem a análise do material. Vale ressaltar que os erros pré-analíticos sempre irão existir, porém eles podem ser minimizados com o apoio de estratégias de controle de qualidade adotados por todos que trabalham no laboratório clínico.

Referências

1. Lo, D S; et al. Infecção urinária comunitária: etiologia segundo idade e sexo / Community-acquired urinary tract infection: age and gender-dependent etiology *J Bras Nefrol*; 35(2): 93-98, abr.-jun. 2013.
2. Colacite J; et al. Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon - PR / Evaluation of urinary infection in pregnant women in the municipality of marechal cândido rondon - PR. *Arq. ciências saúde UNIPAR*; 14(3)set.-dez. 2010.
3. Silveira, A C O; et al. Quando e como valorizar culturas de urina polimicrobianas no laboratório de microbiologia clínica / When and how to enhance polymicrobial urine cultures at the laboratory of clinical microbiology. *J. bras. patol. med. lab*; 46(4): 289-294, ago. 2010.
4. Guerra G V Q L; et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco / Urine test to diagnose urinary tract infection in high-risk pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 34(11): 488-493, nov. 2012.
5. Melo L S; et al. Infecção do trato urinário em pacientes idosos com incontinência urinária: um estudo de coorte / Urinary tract infection in elderly patients with urinary incontinence: a cohort study. *Belo Horizonte*; s.n; 2016.
6. Santana T C; et al. Perfil de resistência de *Escherichia coli* e *Klebsiella spp* isoladas de urocultura de comunidade do município de São Luis-MA no período de 2005-2008 / Resistance profile of *Escherichia Coli* and *Klebsiella spp.* isolated from uroculture of the community of São Luis-MA, Brazil in the period 2005-2008. *Rev. patol. trop*; 41(3): 295-303, jul.-set. 2012.
7. Soares N; et al. Infecção do trato urinário complicada / Complicated urinary tract infection. *Rev Bras Med*; 72(9)set. 2015.
8. Silva J; et al. Infecções urinárias em pacientes ambulatoriais: prevalência e perfil da resistência aos antimicrobianos / Urinary infection in outpatients: prevalence and profile of antimicrobial resistance. *Rev. bras. anal. clin*; 42(3): 175-180, 2010.
9. Simões S; et al. Atualização da abordagem de infecção do trato urinário na infância / Update on the approach of urinary tract infection in childhood. *J Pediatr*; 91(6,supl.1): S2-S10, nov.-dez. 2015

- 10.** Soares J; et al. Study of variables involved in hospital-acquired urinary tract infections at a university hospital / Estudo de variáveis envolvidas em infecção do trato urinário nosocomiais em um hospital universitário. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd;* 13(2)jun. 2015.
- 11.** Filho C; et Al. Estudo do perfil de resistência antimicrobiana das infecções urinárias em mulheres atendidas em hospital terciário / Study of antimicrobial resistance profile of urinary tract infections in women attended at a tertiary hospital. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd;* 11(2)abr.-jun. 2013.
- 12.** Aparecida G; et al. Infecções do trato urinário diagnosticada no laboratório universitário - Campus Erechim/RS / Urinary tract infections diagnosed at the laboratory of the university - Campus of Erechim/RS. *Rev. bras. anal. clin;* 42(4): 307-310, 2010.
- 13.** Antonio E; et al. Infecção do trato urinário em gestantes de alto risco / Urinary tract infection in high risk pregnant women. *Rev. bras. anal. clin;* 44(3-4): 146-149, 2012.
- 14.** Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial. Recomendação da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2 ed, 2009. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2013.
- 15.** Arantes, V P; et al. Perfil de sensibilidade de microrganismos isolados em urocultura de pacientes com bacteriúria assintomática frente a antimicrobianos comumente empregados na prática médica / Sensibility profile of isolated microorganisms in urculture of patients with assynptomatic bacteriuria facing frequently prescribed antimicrobial drugs. *Arq. ciências saúde UNIPAR;* 17(3): 137-140, set.-dez. 2013.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite):
10/10/2019.

**Data de disponibilização no site
(publicação): 10/11/2019.**

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE ENVOLVEM OS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS¹

*Kamilla Galvão Gonçalves Barros²
Jonas Rodrigo Gonçalves³*

Resumo

Os cuidados paliativos pediátricos carregam uma filosofia de cuidados integrais, que tem o objetivo de englobar as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais de crianças enfermas e de suas famílias. Esse artigo teve como objetivo identificar os aspectos psicológicos que envolvem a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos. Trata-se de uma revisão da literatura, o levantamento dos artigos foi realizado nas bases de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS) e Scientific Electronic

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP) - SP

³ Doutorando em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (2019-2022). Mestre em Ciência Política pelo Centro Universitário Euroamericano/DF(2008). Especialista em Letras (Linguística): Revisão de Texto pela Universidade Gama Filho/RJ (2010). Especialista em Didática do Ensino Superior em EAD e em Docência na Educação Superior pela Fapesa/GO (2017). Especialista em Formação em Educação a Distância pela Unip/DF (2018). Possui Licenciatura em Letras (Português/Inglês) pela Universidade Paulista (Unip). Possui Licenciatura Plena em Filosofia pela Universidade Católica de Brasília (2002), habilitando-se também à licenciatura plena em História, Psicologia e Sociologia (Portaria MEC 1.405/1993). É autor e/ou coautor em 61 livros e/ou capítulos de livros publicados. Atualmente é professor universitário, com experiência nas áreas de Ciência Política, Letras, Filosofia, Psicologia e Sociologia, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, políticas públicas, SUS (Sistema Único de Saúde), redação discursiva, redação oficial, gramática, metodologia científica, racismo, ELA, diversidade sexual, violência e legislações.

Library Online (SciELO) no período de 2011 a 2018. Partiu-se da hipótese que a equipe de enfermagem se sente despreparada psicologicamente para lidar com as emoções despertadas nos cuidados paliativos pediátricos.

Palavras-Chave: Enfermagem. Adaptação psicológica. Cuidados paliativos. Criança.

Abstract

Pediatric palliative care brings a comprehensive care philosophy that aims to address the physical, emotional, social and spiritual needs of ill children and their families. This article aimed to identify the psychological aspects involving the nursing team in pediatric palliative care. It is a literature review, the articles were collected from the Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online databases from 2011 to 2018. It was assumed that the nursing staff feels psychologically unprepared to deal with the emotions aroused in pediatric palliative care.

Keywords: Nursing. Adaptation, Psychological. Palliative Care. Child.

Introdução

Os cuidados paliativos pediátricos carregam uma filosofia de cuidados integrais, que tem o objetivo de englobar as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais de crianças enfermas e de suas famílias. O profissional que atua com esse público passa a conviver diariamente com doenças graves e o sofrimento.

No cuidado de crianças gravemente enfermas, o profissional se dedica ao máximo a cura da doença. Porém quando não mais possível alcançar essa meta, passam a ser ofertados exclusivamente os cuidados paliativos. Essa demanda exige do profissional de enfermagem, além de conhecimento técnico científico, um considerável controle emocional para enfrentar essas situações ⁽¹⁾.

Este artigo busca responder o problema “ Quais são os aspectos psicológicos que envolvem a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos? ”. É necessário o entendimento desses aspectos para entender como os profissionais prestam essa assistência.

Acompanhar a mudança de foco na atenção, onde inicialmente almeja-se a cura e depois passa-se a buscar só a qualidade de vida, é um desafio para o profissional, por despertar sentimento de impotência e colocá-lo sob grande estresse. A criação de vínculos com os pacientes e familiares faz com que prevaleça ambivalência entre o sentir e o agir, porque a possibilidade de morte da criança causa sofrimento ao profissional de enfermagem ⁽¹⁾.

Tem-se como hipótese que os profissionais de enfermagem se sentem despreparados psicologicamente para lidar com as emoções despertadas nos cuidados paliativos pediátricos, ficando susceptíveis ao adoecimento. Estar diante do sofrimento e angústia de crianças hospitalizadas, deixa o profissional sob altas sobrecargas psicológicas, sendo necessário ter controle emocional para enfrentar o agente estressor.

O adoecimento, o sofrimento, o processo de morte, a ansiedade e angústia vivenciada pela criança e pela sua família, são fatores que impactam na saúde e no bem-estar do profissional deixando-o susceptível ao estresse ocupacional. Diante dessas dificuldades o profissional desenvolve estratégias defensivas com o intuito de continuar prestando assistência à essa clientela ⁽²⁾.

O objetivo geral desse trabalho é identificar os aspectos psicológicos que envolvem a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos. Pretende-se descobrir como o profissional de enfermagem está lidando com a gama de

sentimentos e o estresse que está presente no ambiente de trabalho especialmente quando associado ao paciente pediátrico.

É necessário identificar os aspectos psicossociais que caracterizam o significado que os profissionais atribuem as emoções do cotidiano do seu trabalho. Cada vez mais o profissional de enfermagem é chamado a assistir pacientes pediátricos portadores de doença crônica limitante ou fora de possibilidade de cura⁽³⁾.

Os objetivos específicos desse trabalho são conhecer os sentimentos despertados na equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos. Analisar os tipos de enfrentamento utilizados pela equipe de enfermagem e descrever as possíveis consequências da não adaptação psicológica ao agente estressor.

Ao se quebrar a proximidade desenvolvida na relação de cuidar entre o profissional de enfermagem e o paciente, é gerado o sofrimento, sentimento de perda e luto. O profissional passa a desenvolver mecanismos de enfrentamento para que consiga continuar prestando assistência à essas crianças. Caso não consiga se adaptar ele fica expostos ao estresse e susceptível a síndrome de Burnout⁽³⁾.

Frente ao exposto, a pesquisa possui relevância para os profissionais e acadêmicos de enfermagem por identificar os aspectos psicológicos que envolvem o enfermeiro e buscar por meio deles embasamento para uma prática assistencial mais saudável para o profissional. Devido à pouca abordagem que se tem sobre a temática, é importante por desenvolver trabalhos na área, que poderão contribuir para que se diminua o espaço entre a teoria e prática, uma vez que por ser pouco abordado durante a graduação, muitas vezes o profissional não sabe o que vai encontrar com a prática dos cuidados paliativos.

Por fim, é importante para a sociedade porque contém informações sobre a assistência que lhe é prestada, descreve como a filosofia dos cuidados paliativos é empregada, e quando o paciente tem direito à oferta desses cuidados. Além de demonstrar como os profissionais de enfermagem prestam uma assistência segura e holística e a grande importância que o seu trabalho possui.

Metodologia

Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter qualitativo, com o intuito de responder a pergunta “Quais são os aspectos psicológicos que envolvem os cuidados paliativos pediátricos?”. Para o levantamento dos artigos relacionados a pergunta realizou-se uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo).

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DecS) “Cuidados Paliativos”, “Pediatría”, “Adaptação psicológica” e “Enfermagem”. Foram definidos como critérios de inclusão, publicações indexadas na base de dados BVS e Scielo disponíveis em língua portuguesa, que tenham relação com a temática da pesquisa, em um intervalo de tempo de 7 anos (2011-2018).

Foram excluídas publicações que não possuíam relevância com o tema, artigos pagos ou que estavam em idioma diferente do português. Foram selecionados para a pesquisa 11 artigos, sendo 6 da Scielo e 5 da BVS.

Na revisão integrativa, estão presentes os dados da literatura teórica e empírica, definições de conceitos, revisões de teorias e evidências, e análises de problemas de um tópico particular capazes de dar suporte na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica baseada em evidências⁽⁴⁾.

Referencial teórico

As unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, são locais destinados às crianças que precisam de cuidados especializados e de alta complexidade necessários à sua recuperação e ao seu desenvolvimento. Por ser ambientes que proporcionam assistência a pacientes gravemente enfermos, principalmente quando constatado a presença de doenças crônicas, que possuem prognóstico limitado, os profissionais que ali atuam passam a conviver diariamente com situações que causam angustias, estresse e experimentam situações de morte e luto frequentemente ⁽⁵⁾.

No contexto das UTI neonatal e pediátrica, houve um significativo progresso tecnológico que contribuiu para o aumento de prognósticos favoráveis e índices de cura dessa população, porém ainda assim existem situações em que há o predomínio de doenças limitantes e sem possibilidades terapêuticas de cura, que necessitam da implementação dos cuidados paliativos ⁽⁶⁾.

Segundo a OMS ⁽⁷⁾ os cuidados paliativos são definidos como:

Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que põem em risco a vida. Realizados por meio da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Ao profissional de enfermagem, cabe amenizar qualquer desconforto que a criança ou sua família apresente, utilizando de seus conhecimentos, para proporcionar o conforto, o alívio da dor e apoio psicológico ⁽⁸⁾. É importante o provimento de cuidados integrais que assegurem a ética, o respeito, a dignidade humana e que visem o bem-estar ⁽⁹⁾.

Para oferecer um cuidado humanizado é esperado que o profissional construa vínculos de afetividade com o paciente e com sua família, dessa forma ele irá estabelecer uma base de segurança no exercício de sua função ⁽¹⁰⁾.

Além disso ele deve dispor de conhecimento técnico científico, treinamento específico e sensibilidade, o que configura um cuidado seguro, integral e uma assistência de qualidade ⁽¹¹⁾.

Devido à grande vulnerabilidade física, emocional e social em que a criança gravemente enferma se encontra, os cuidados dispensados a ela, devem ser executados com mais delicadeza e cautela, o profissional deve conhecer bem a doença e suas especificidades ⁽¹²⁾.

Nesse sentido o profissional de enfermagem deve desempenhar papel central como cuidadores de apoio emocional, o que exige deles preparação psicológica e controle das emoções, já que estão expostos a altas cargas de estresse ⁽¹³⁾.

Por causa da construção de vínculos com esses pacientes, quando a sensação de harmonia é quebrada pela presença da finitude da vida, os profissionais sofrem com a possibilidade da perda e com sentimentos que configuram o luto. É necessário que os profissionais de enfermagem tenham apoio psicológico para evitar o desgaste ⁽¹⁴⁾.

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados desde o momento do diagnóstico da doença, tanto para as crianças que terão o benefício do tratamento curativo, quanto para aquelas que não atingirão a cura e possuem prognóstico limitado. O tratamento curativo não exclui o tratamento paliativo, um complementa o outro ⁽⁶⁾.

Paliar consiste no cuidado ativo e total do corpo, mente e espírito da criança, e no suporte à família o que inclui controle da ansiedade e dos sentimentos angustiantes, assistência durante o processo de morrer e também no luto ⁽¹⁵⁾.

A morte de uma criança é vista como um acontecimento complexo, ela é percebida pela equipe de enfermagem como um evento trágico e precoce, tendo pouca aceitação, uma vez que, questões culturais estão envolvidas e se relacionam diretamente com a forma que os profissionais lidam com ela ⁽¹⁶⁾.

Quando constatada a terminalidade da vida infantil, o enfermeiro demonstra dificuldade em prestar assistência a esse público, devido a sua formação que prioriza o cuidado e o bem-estar do paciente ⁽¹⁷⁾.

O profissional sente que é a sua obrigação empregar todos os esforços para prolongar a vida do paciente, e quando esse objetivo não é alcançado ele é lançado ao sofrimento, prevalecendo sentimentos de negação, pesar, frustração e impotência ⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado em um hospital de ensino no Sul do Brasil, mostrou que os profissionais de saúde sentem dificuldades em prestar assistência à criança em cuidados paliativos devido a forma como os conceitos “paliativo” e “morte” são abordados de forma insuficiente durante a formação profissional ⁽¹⁾.

A morte é reduzida a um acontecimento biológico, não envolvendo os impactos que o processo de morrer acarreta para o profissional, paciente e família, logo eles se sentem despreparados psicologicamente para enfrentar essas situações, prevalecendo o medo e a insegurança ⁽¹⁹⁾.

Nesse contexto, o profissional tem que aprender a lidar com uma gama de sentimentos contraditórios que caracteriza a negação e a supressão do luto, sentimentos como de justiça e injustiça, querer que a criança viva, querer que ela morra, sentir ou não sentir, dizer algo ou calar, chorar ou não chorar ⁽¹⁾.

É comum encontrar entre os profissionais de enfermagem, os sentimentos de incerteza e insegurança, relacionados a dúvida de até que ponto devem investir na manutenção da vida das crianças que não possuem um prognóstico favorável. Isso deve-se as reflexões que fazem acerca da qualidade de vida que elas terão, em decorrência das sequelas que podem adquirir e como elas irão impactar tanto na vida da criança quanto na de sua família ⁽²⁰⁾.

Também no contexto hospitalar, alguns fatores contribuem para o desenvolvimento do estresse ocupacional. As longas jornadas de trabalho aliados ao inadequado dimensionamento de pessoal, o confronto diário com o sofrimento e a dor de crianças com doenças graves e insuficiência de recursos materiais ⁽²¹⁾.

Na dificuldade de prestar assistência à essa clientela, os profissionais de enfermagem passam a desenvolver estratégias de defesa/enfrentamento, que são entendidas como um conjunto de comportamentos do indivíduo em resposta ao evento estressor buscando meios que os ajudem a conviver com as circunstâncias da situação vivenciada ⁽²²⁾.

Um estudo realizado com enfermeiros da oncologia pediátrica, mostrou que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por esses profissionais para lidarem com as demandas de cuidados à crianças com câncer foram: resolução de problemas; reavaliação positiva e suporte social enquanto, as menos utilizadas foram: confronto; afastamento e fuga-esquiva ⁽³⁾.

Ao utilizar o enfrentamento resolução de problemas, o enfermeiro mostra que apesar das dificuldades vivenciadas pelo processo de adoecimento e morrer, ele é um profissional capaz de ter um planejamento estratégico adequado para lidar com os estressores. A reavaliação positiva demonstra que, o profissional busca nos aspectos positivos existentes, uma forma de reestruturar o ocorrido, afim de, diminuir a carga efetiva direcionada ao cenário e manter o equilíbrio emocional ⁽²³⁾.

Em outro estudo, realizado com enfermeiros da unidade de internação pediátrica, mostrou que a espiritualidade ajuda no suporte das demandas emocionais por darem conforto psicológico, principalmente durante o processo de morrer, sendo percebidos muitas vezes como o fim do sofrimento que a criança estava vivenciando⁽²⁴⁾.

Enfermeiras evidenciaram que apesar dos sentimentos negativos vivenciados pelo processo de adoecimento e morrer de crianças, há também a sensação de dever cumprido, pois elas entendem que cumpriram seu papel como profissionais. Esse sentimento é reforçado quando os pais/familiares das crianças expressam gratidão pelo seu trabalho⁽²⁰⁾.

Infere-se que, o reconhecimento da importância da assistência que o profissional presta, tanto pelos familiares quanto pela própria equipe de trabalho, contribui para a satisfação pessoal e para a conquista de confiança em seu trabalho. Os profissionais demonstraram aprender com a convivência das crianças e isso impacta positivamente em suas vidas pessoais⁽²⁵⁾.

O suporte social refere-se ao apoio encontrado em amigos, familiares, em outros profissionais e no próprio ambiente de trabalho, essa interação pode ajudar o enfermeiro a superar os aspectos estressantes⁽²³⁾.

Torna-se importante fortalecer as relações interpessoais por meio do diálogo entre os membros da equipe multidisciplinar, com a finalidade de compartilhar experiências e encontrar suporte na equipe, promover a comunicação com o paciente e sua família, contribuindo com o bem-estar e segurança na relação profissional-paciente e na formação de vínculos⁽²⁶⁾.

O mesmo estudo⁽³⁾ mostrou que as estratégias confronto, afastamento e fuga-esquiva foram pouco utilizadas, inferindo-se que os profissionais enfermeiros assumem suas responsabilidades no processo em que se encontram e se envolvem na resolução dos problemas. Porém, a pequena frequência em que essas estratégias foram utilizadas demonstram que ainda existe algumas dificuldades em lidar com situações que causam estresse no trabalho.

Assim sendo, quando identificadas as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais que atuam na assistência à essa clientela, é possível gerir e monitorar os processos de trabalho desses profissionais e garantir melhor segurança e qualidade em seus serviços⁽²⁷⁾.

É importante salientar que quando se trata de estratégias de enfrentamento não é possível determinar quais são corretas ou incorretas para cada situação, porém pode-se apontar quais são mais ou menos efetivas ao indivíduo/situação. Uma estratégia de enfrentamento efetiva é aquela que reduz os sentimentos aversivos relacionados a desarmonia existente no ambiente. A inefetiva é aquela que não consegue modificar a situação ameaçadora, provocando desconforto e desequilíbrio psicológico^{(28), (29)}.

Quando o profissional não consegue se adaptar aos agentes estressores existentes no ambiente de trabalho, e não desenvolve estratégias de enfrentamento efetivas, ele fica exposto ao desgaste emocional e passa a estar vulnerável ao desenvolvimento de transtornos mentais, em especial a Síndrome de Burnout, que se relaciona intimamente com a prática profissional proveniente de relações interpessoais e organizacionais⁽³⁰⁾.

A palavra burnout advém da língua inglesa, de duas palavras (burn = queima e out= exterior) e tem o sentido de queimar-se, extinguir-se. A síndrome é caracterizada por um conjunto de alterações, desencadeadas pela exposição crônica aos agentes estressores que estão associados ao exercício de algumas profissões. Ela é composta

por três dimensões, a exaustão emocional: é caracterizada pela falta de energia, sensação de estar sobrecarregado ou esgotado emocionalmente; a despersonalização: definida como uma reação negativa do indivíduo, assumindo uma atitude de frieza e indiferença, podem prevalecer o cinismo e a dissimulação juntamente com a ansiedade; e por fim a diminuição da realização pessoal: nessa dimensão o profissional se sente incompetente, perde confiança em sua realização no trabalho e tem produtividade reduzida ⁽³¹⁾.

Constatou-se em um estudo realizado com enfermeiros oncologistas, que o profissional que desenvolve unicamente a dimensão de exaustão emocional, apresenta maior intenção de abandonar o trabalho ou diminuir as horas de trabalho. Enquanto que enfermeiros que apresentavam alterações somente na dimensão despersonalização manifestaram maior índice de absenteísmo. Já os enfermeiros que manifestaram alterações na dimensão diminuição da realização pessoal, além de apresentarem diminuição da produtividade, redução das interações interpessoais e baixa autoestima, apresentaram também sintomas físicos como fadiga, dores musculares, insônia, problemas de memória cefaleia e falta de energia ⁽³²⁾.

Quanto a saúde, as consequências da síndrome também envolvem o desenvolvimento de transtornos psíquicos como a depressão, manifestada principalmente pela falta de apoio social, baixo poder de decisão e alta demanda psicológica ⁽³¹⁾.

Entre os sintomas psicológicos prevalecem o estresse, o desejo de fugir da situação vivenciada, a manifestação do transtorno de ansiedade, exaustão e angústia ⁽²⁾.

O estresse vivenciado pelo profissional pode levar inclusive ao uso de álcool e drogas, o que contribui com a diminuição da capacidade de enfrentar os estressores crônicos ⁽³²⁾.

Considerações finais

Conforme evidenciado no estudo o contexto dos cuidados paliativos pediátricos esteve muito presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Esse convívio diário com situações potencialmente estressantes como a finitude, a morte, prognósticos limitados e angústias, contribuiu para que o profissional se sentisse desamparado em situações potencialmente estressantes.

O artigo teve como problemática “Quais são os aspectos psicológicos que envolvem a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos?”. Partiu-se da hipótese que os profissionais de enfermagem se sentem despreparados psicologicamente para lidar com as emoções despertadas na assistência a essa clientela. Foi importante a busca dos aspectos psicológicos desses profissionais para entender como eles lidam com esses cuidados.

A partir dessas questões o estudo objetivou identificar os aspectos psicológicos que envolvem a equipe de enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos. Consequentemente buscou conhecer os sentimentos despertados nessa assistência, assim como analisar os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos por eles e descrever as possíveis consequências da não adaptação psicológica a situação estressante.

O artigo tem relevância para os acadêmicos e profissionais de saúde porque busca por meio de outros estudos já realizados, a vivência da prática dos cuidados paliativos em crianças, e por meio deles os aspectos psicológicos dos profissionais que lidam diretamente com o manejo desses pacientes e de suas famílias. Torna-se

importante para a sociedade por conter informações sobre os direitos que possuem frente a filosofia dos cuidados paliativos e sob olhar da equipe que presta assistência.

O estudo mostrou que os profissionais que cuidam de crianças com doenças graves, sem prognóstico e/ou em cuidados paliativos não se sentem preparados psicologicamente para enfrentar sozinhos as dificuldades envolvidas nesses cuidados. O vínculo criado entre enfermeiro e paciente causou sentimentos de tristeza, negação, angústia, impotência e luto quando constatado a finitude da vida.

A morte, o adoecimento e a implementação dos cuidados paliativos foram percebidos pelos profissionais como acontecimentos complexos e tiveram pouca aceitação, quando envolviam o público infantil. Tal fato é devido a falta da abordagem desses assuntos durante a formação profissional. Há necessidade de implementação de treinamento e capacitação para os profissionais saberem lidar com seus sentimentos e com o relacionamento adequado com os pacientes e seus familiares.

Inferiu-se que o profissional tem dificuldade no manejo de crianças em cuidados paliativos, a oferta desses cuidados despertou incertezas e inseguranças relacionados a até que ponto deveriam investir nesses pacientes. Conseqüentemente ao fato, despertou sentimentos contraditórios relacionados ao prognóstico que se esperava alcançar nos cuidados com essa criança.

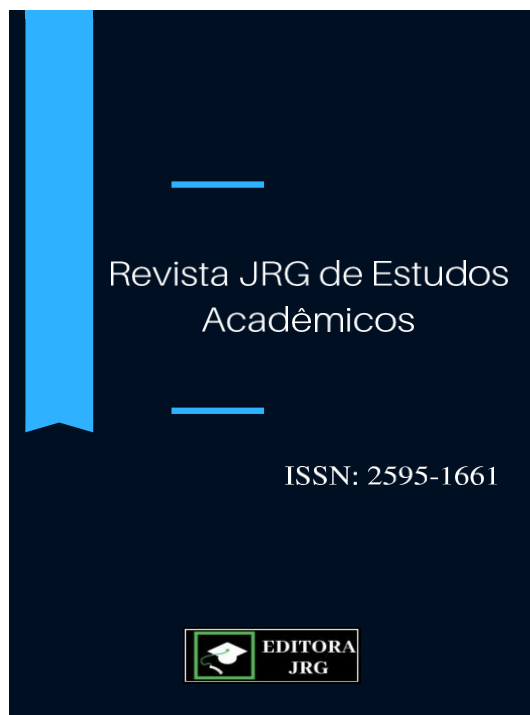
Foi possível analisar os mecanismos de enfrentamento mais utilizados, com isso foi possível inferir que o profissional apesar de toda a dificuldade, consegue recorrer às pessoas mais próximas e a própria equipe em busca de adaptação. Quando não foi possível a adaptação, o profissional apresentou manifestações compatíveis com a síndrome de Burnout.

Referências

1. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Rev. Gaúcha de Enferm. 2015;36(2):56-62.
2. Fabri JMG, Noronha IR, Oliveira EB, Kestenberg CCF, Harbache LMA, Noronha IR. Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas. Rev Baiana Enferm. 2018;32:e25070.
3. Lages MGG, Costa MAO, Lopes TR, Amorim FCS, Neto APA, Nascimento IRD, et al. Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. Rev. Bras. de Cancerologia. 2011;57(4):503-510.
4. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer ?. Einstein. 2010;8(1):102-6.
5. Rocha MCP, Souza AR, Rossato LM, Fossa AM, Horibe TM. A experiência do enfermeiro no cuidado paliativo ao neonato/criança : a interface com o processo de morrer e do luto. Saúde em Revista. 2015;15(40):37-48.
6. Knapp CA, Madden VL, Curtis CM, Slotyer P, Shenkman E. Spirituality support in pediatric palliative care: how are families impacted by their children's illnesses?. J. Palliat Med. 2010;13(4):421-6.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidado paliativo. (OMS/WHO). Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 15 Setembro 2019.

8. Maranhão TA, Melo BMS, Vieira TS, Veloso AMV, Batista NNLA. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. *J. Health Sci. Inst.* 2011;29(2):106-9.
9. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Rev. Bioét.* 2015; 23(3):608-14.
10. Salimena AMO, Teixeira SR, Amorim TV, Paiva ACPC, Melo MCSC. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. *Cogitare Enferm.* 2013;18 (1):142-7.
11. Silva IN, Salim NR, Szyllit R, Sampaio PSS, Ichikawa CRF, Santos MR. Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. *Escola Anna Nery.* 2017;21(4):1-8.
12. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Rev. Bras Enferm.* 2016; 69(4):646-53.
13. Weinstein AG, Henrich CC. Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: a nurse-centered approach. *European J Oncology Nurs.* 2013; 17(6):726-31.
14. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Am Enferm.* 2005; 13(2):151-7.
15. ACT. A guide to the development of children's palliative care services. 3. Ed. Bristol: ACT/RCPCH. 2009.
16. Lago PM, Garros D, Piva JP. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2007;19(3):359-63.
17. Poles K, Bouso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2006;14(2):207-13.
18. Avanci BS, Carolindo FM, Góes FGB, Netto NPC. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):708-16.
19. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermagem no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(1):41-7.
20. Almeida FA, Moraes MS, Cunha MLR. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(n.esp):122-129.

21. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm. 2010;31(1):160-66.
22. Sanzovo CE, Coelho MEC. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. Estud psicol. 2010;27(1):21-30.
23. Damião EBC, Rossato LM, Fabri LRO, Dias VC. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(2):1199-1203.
24. Teixeira MR, Sanhudo NF, Moura DCA, Bahia MTR. Processo de enfrentamento emocional da equipe de enfermagem no cuidado de crianças com câncer hospitalizadas. Rev. Enferm. UFSM. 2018;8(2):263-275.
25. Reis TLR, Paula CC, Potric T, Padoin SMM, Bin A, Mutti CF, et al. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. Aquichan. 2014;14(4):496-508.
26. Garcia BL, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Carvalho LA, Fernandes HN. Relação entre liderança e vínculos profissionais; percepção de enfermeiros. Rev. Pesq. Saúde. 2017;18(2):114-8.
27. Santos NAR, Gomes SV, Rodrigues CMA, Santos J, Passos JP. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2016; 21(3):01-08.
28. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive appraisal processes. USA Springer pub. 1984.
29. Stekel LMC. Estresse e coping entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário. Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
30. Milan LR. A síndrome de burnout: realidade ou ficção? Rev. da Associação Médica Brasileira. 2007;53(1):1-12.
31. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. 2001;52(1):397-422.
32. Oliveira PP, Amaral JG, Silva LS, Fonseca DF, Silveira EAA, Amaral RA, et al. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em enfermeiros oncológicos. Rev. de Enferm. UFPE. 2018;12(9):2442-50.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação

Editorial: Data de submissão

(recebimento): 10/08/2019. Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NO LIDAR COM A MORTE DURANTE A ASSISTÊNCIA

THE NURSE'S PERCEPTION WHEN DEALING WITH DEATH DURING CARE

*Me. Jonas Rodrigo Gonçalves
Jhonata Rocha de Sá Simões*

Resumo

O tema deste artigo é a percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. Investigou-se o seguinte problema: como é o enfrentamento do enfermeiro e quais os sentimentos expressos pelos profissionais perante a morte? Cogitou-se a seguinte hipótese “os enfermeiros não sabem como lidar diante da iminência da morte”. O Objetivo Geral é identificar a percepção do enfermeiro ao lidar com a morte durante a assistência. Os Objetivos Específicos são: identificar os sentimentos vivenciados e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que trabalham e convivem com a morte. Este trabalho é importante em uma perspectiva individual devido a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente em processo de morte e morrer; para a ciência, é relevante para que o enfermeiro reconheça seus limites e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para trabalharem com a morte; agrega à sociedade pelo fato de que assim possam promover uma melhor

¹ Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas); Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos, Políticas Públicas e Cidadania); licenciado em Filosofia e em Letras (Português/Inglês); professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP), Sena Aires (GO) e CNA (DF). CV:<http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. OrcidID: <http://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: professorjonas@gmail.com.

² Graduação em andamento em Enfermagem, pela Universidade Paulista, UNIP-SP (BRASIL). OrcidID: <https://orcid.org/0000-0002-9847-9640>. CV: <http://lattes.cnpq.br/8189035508892255>

assistência para a população que necessite de seus cuidados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, teórica com duração de três meses.

Palavras-chaves: Enfermagem. Morte. Atitude frente a morte.

Abstract

The theme of this article is the perception of nurses in dealing with death during care. The following problem was investigated: how is the nurse's confrontation and what are the feelings expressed by professionals regarding death? The following hypothesis was considered: "nurses do not know how to deal with the imminence of death". The overall objective is to identify nurses' perceptions in dealing with death during care. The specific objectives are: to identify the feelings experienced and the difficulties faced by nurses who work and live with death. This work is important from an individual perspective because of the need to deepen the knowledge about the care provided by nurses to patients in the process of dying and dying; for science, it is relevant for nurses to recognize their limits and thus seek both professional and ethical preparation to work with death; It adds to society that they can thus promote better care for the population in need of their care. This is a theoretical qualitative research lasting three months.

Keywords: Nursing. Death. Attitude towards death.

Introdução

A morte é um dos acontecimentos existenciais mais sofríveis e complexos presentes na vida dos seres humanos. Assim, muitas das vezes não há discussão sobre a mesma, sendo negada e ignorada. Principalmente na área da saúde, onde o lidar com a morte é constante, os profissionais evitam falar sobre a mesma (SOUZA, ALMEIDA, PAIVA 2012).

A morte é inevitável, faz parte do processo biológico da vida humana e ocorre constantemente. A percepção desse acontecimento cria-se de forma social e cultural ao longo da evolução humana. (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Este artigo se propõe a responder ao seguinte problema: como é o enfrentamento do enfermeiro e quais os sentimentos expressos pelos profissionais perante a morte? As emoções presenciadas pelos enfermeiros e o lidar com a morte.

O lidar com a morte é frequente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, despertando grande temor no ser humano. Esse sentimento é provocado a partir da dificuldade de lidar com a finitude do paciente. Conseqüentemente, se acarreta sentimento de impotência perante a perda do paciente nos profissionais de enfermagem. Esse fato não se representa somente no fracasso dos cuidados, mas igualmente como a derrota diante da morte e de cumprir a missão dos profissionais de saúde, de minimizar seu sofrimento, sua dor, trazendo-o a vida, salvando o paciente (POLES, BOUSSO, 2006).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi: os enfermeiros não sabem como lidar diante da iminência da morte. Ao se depararem com a morte, os enfermeiros não estão preparados, assim, não sabendo reagir a este fenômeno.

Os enfermeiros apresentam dificuldades em lidarem com suas emoções perante a iminência da morte. No cotidiano do cuidar, os profissionais salientam que a morte é um fato causador de grande sofrimento, o que dificulta sua aceitação (FERNANDES et al, 2013; SILVA et al, 2012; SHIMIZU, 2009).

O Objetivo Geral deste trabalho é identificar a percepção do enfermeiro ao lidar com a morte durante a assistência. Além disto, compreender as implicações da morte do paciente no decorrer de sua atuação profissional e suas dificuldades ao lidar com o paciente terminal.

Salienta-se, que, mesmo exposto a diversas situações de terminalidade em sua prática clínica, para os enfermeiros, com certeza abordar a morte diante da profissão é a mais dura realidade, visto que, apesar de seus esforços, alguns pacientes acabam evoluindo ao óbito. Ao lidar com a morte, pode surgir à necessidade de se afastar do paciente como forma de proteção, isso pode ocorrer pelo fato de que o profissional não está preparado para lidar com a situação a qual está exposto, ou até mesmo não dispõe de conhecimento adequado para lidar com a finitude do paciente (VIERO et al, 2012; SOUSA et al, 2009).

Deste modo, procura-se identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros em seu cotidiano. Da mesma forma, têm-se a necessidade de conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros em sua atuação, por trabalharem e conviverem com a morte frequentemente.

O cuidar é presente no cotidiano do enfermeiro, deste modo possui um papel importante com o indivíduo em processo de morte. Devido à proximidade com o paciente terminal, sentimentos de tristeza, perda, decepção, impotência, frustração, raiva, fuga e até negação por não conseguirem manter a vida do paciente, podem surgir. Contudo, mesmo com o confronto contínuo com a morte em sua prática assistencial, o profissional ainda se depara com dificuldades para encará-la (BESERRA, SANTANA, ARAUJO, 2006; GASPERINI, RADUNZ, 2006; VIEIRA, SOUZA, SENA, 2006).

Este estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente em processo de morte e morrer. Do mesmo modo, surgiu o interesse de compreender os motivos que influenciam os enfermeiros a temerem ou apresentarem dificuldades em enfrentar a finitude de seus pacientes.

A relevância de abordar esta temática é necessária para que o enfermeiro reconheça seus limites e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para trabalharem com a morte. Assim, surge a necessidade de contribuir com pesquisas para ajudar profissionais a lidarem com a morte de forma natural e menos penosa.

A enfermagem é a profissão mais próxima do paciente na área da saúde, cuidando do indivíduo que sofre. Desta maneira, ressalta a importância de promover discussões sobre a morte e o processo de morrer para os enfermeiros, para que assim possam promover uma melhor assistência para a sociedade que necessite de seus cuidados.

Com a finalidade de atingir os objetivos preestabelecidos, optou-se por um estudo teórico, descritivo e o instrumental utilizado foi o levantamento dos artigos nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e artigos na integra. Pesquisa realizada em aproximadamente três meses, incluindo a seleção da literatura e elaboração do artigo.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, a qual é produzida pela análise da literatura e que possibilita discussões sobre as metodologias, resultados e conclusões ao tema em estudo. A abordagem do tipo qualitativa visa sanar questões particulares e trabalha com o universo dos

motivos, aspirações, significados, crenças e valores a atitudes (SANTOS, et al, 2017; DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2007)

DISCUSSÃO

A morte é definida como a interrupção do ciclo da vida, causando grande impacto em quem presencia, por se tratar da perda e da separação, entretanto uma passagem que todos irão enfrentar ou presenciar (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Os conceitos tradicionais a respeito do nascer e morrer se dão por embasamentos filosóficos, ensinamentos bíblicos e religiosos. Especialistas demonstram que durante anos buscou-se explicar o que dificilmente pode ser explicado, apesar de que se almeje compreender tal fenômeno (ALMEIDA, RUTHES, 2010).

A morte, em torno da idade média era considerada como algo espontâneo e rodeada de rituais, onde o enfermo podia se despedir de familiares, amigos, e definir o que poderia ser feito durante o processo de finitude (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

No início do século XX, a morte começou a ganhar importância e passou a ser considerada com dramaticidade e apoiada pelas consequências econômicas. Com a chegada do capitalismo, a população era valorizada conforme o espaço que ocupava no sistema produtivo e na sociedade. Consequentemente, mudou-se a perspectiva em relação ao sentido da morte, antes vista como algo natural, tornou-se um evento vergonho e frustrante (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Desde o século passado vem-se mudando o pensamento acerca do ato de morrer. Antigamente a morte era bastante frequente na vida das pessoas, seja por epidemias, guerras e pelo fato que as pessoas eram mais próximas pela dinâmica das famílias. Entretanto, com a transformação da sociedade, a percepção e o enfrentamento da morte têm se modificado e tornou-se um tabu discuti-la (RIBEIRO, BARALDI, SILVA, 1998).

É fato que a morte é grande causadora de impacto na vida do ser humano. O modo de lidar e compreender a morte, ou ainda como associam em suas vivências profissionais ou pessoais, faz diferença no enfrentamento desse processo (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Deste modo, o lidar perante a morte pode ser percebido e definido por diferentes perspectivas, sendo elas negativas ou positivas. O enfrentamento de forma negativa pode ser classificado pelo medo da morte, sendo caracterizado pelo pavor acerca da morte e o evitamento, pelo comportamento de se fazer o possível para evitar falar ou pensar sobre a mesma (LOUREIRO, 2010; WONG, REKER, GESSER, 1994).

No que compete ao enfrentamento de modo positivo frente a morte, classifica-se três formas distintas de enfrentamento: escape, neutra e religiosa. A aceitação de escape pode ser definida como a justificação de que quando se vive em circunstâncias que acarretam dor e sofrimento, a morte torna-se um meio para o término destes. Logo, a aceitação neutra é definida como a compreensão de que a morte faz parte do ciclo natural da vida e a aceitação religiosa é definida com a crença em uma vida feliz após a morte. (LOUREIRO, 2010; WONG, REKER, GESSER, 1994).

Com a perda do paciente, independente do cuidado prestado, a morte produz sofrimentos e transtornos ao profissional. Contudo, o exercício da enfermagem exige que se continue a prestar o cuidado a quem também sofre. A fim de promover a assistência sem adoecer, o enfermeiro precisa saber lidar com o estresse gerado

pelo contato com o sofrimento do paciente (FERNANDES et al. 2006; SILVA et al. 2016).

Mesmo com o contato constante com a morte, os profissionais de saúde não se isentam de sentimentos reais. Vale salientar a diferença básica do enfrentamento da morte entre leigos e profissionais. Visto que, para os profissionais a morte se faz presente em seu cotidiano, “tornando-se” sua companheira de trabalho (ARGENTA et al, 2008; SOUZA, MOURA, CORRÊA, 2009).

Com o surgimento do poder científico e tecnológico, tornou-se mais difícil a aceitação da morte de pacientes pelo profissional de saúde, especificamente os profissionais de enfermagem, visto que atualmente as tecnologias permitem o prolongamento da vida de pacientes terminais. Assim, os profissionais de saúde são treinados para manipular a morte não compreendendo a finitude do paciente, ocasionando o despreparo para prestar a assistência as reais necessidades do paciente e familiar no processo de morte e morrer. Diante dessa nova percepção de cuidado, é notável que não há construção de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, deixando de existir uma “boa morte” (SILVA, RUIZ, 2003; SANTOS; HORMANEZ, 2013).

O cuidado deve ser promovido holisticamente a todos os indivíduos, em diversos cenários e em diversas condições de vida, apesar da dificuldade de alguns profissionais em lidar com a morte, não se deve deixar de prestar a assistência ao paciente que está vivenciando esse processo (KLUSER, et al, 2011).

Demonstra-se que a proximidade estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde pode ser benéfica para promover uma assistência com maior qualidade, porém, pode resultar um estado de vulnerabilidade diante do estresse laboral (SANTOS, HORMANEZ 2013). Portanto, é importante que se tenha um olhar para os profissionais de enfermagem, por serem referência no cuidado, estão sempre presentes no processo de finitude de seus pacientes, tornando-se mais vulneráveis ao sofrimento (SANTOS, et al, 2017). Nota-se, que, enfermeiros não preparados para lidar com a morte e que não associam ao ciclo natural da vida, ao acompanhar pacientes que se encontram em fase terminal caminhando para esse processo, encontrará dificuldades. (LEINA, ELTINK, 2011).

É notável que a morte tornou-se um processo mecânico, solitário e desumano. Diante o acometimento de uma patologia grave ou com algum grau de complexidade, o paciente é encaminhado ao hospital. Na maioria das vezes esse transporte é realizado rapidamente por familiares ou por profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar (KLUBER-ROSS, 2016).

Os profissionais de saúde estão cada vez mais capacitados para atuar com diferentes tecnologias de alta complexidade, a fim de prolongar a vida do doente, principalmente aqueles inseridos em unidades de emergência ou unidades de terapia intensiva (UTI). Porém, percebe-se que muitos profissionais não estão preparados para lidar com o paciente perante a morte, tampouco com seus familiares. Deste modo, torna-se difícil para os profissionais de saúde vivenciar a perda. Talvez este seja o motivo do morrer solitário dos pacientes no âmbito hospitalar (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Enfermeiros atuantes em UTI permanecem de forma mais intensa e contínua ao lado do paciente. Esses profissionais são considerados os que mais apresentam dificuldades para lidar com o processo de finitude do paciente. Conseqüentemente, esses profissionais devem receber capacitação para promover a assistência ao indivíduo acompanhando o processo de morrer, inclusive oferecendo apoio aos familiares (POLES, BALIZA, BOUSSO, 2013). Considerando a atribuição do

enfermeiro em lidar com a vida, quando a morte se faz presente pode ocorrer a exteriorização de sentimentos de angústia, impotência e frustração, tornando-se extremamente dolorosas as interações com os pacientes e familiares podendo ocasionar nos enfermeiros da UTI insegurança e incerteza frente a função de salvar vidas. Habitualmente, os profissionais de saúde sentem-se responsáveis pela preservação da vida dos indivíduos, enfrentando a morte como insucesso profissional. Desta forma, ressalta-se, que nesses ambientes, comumente, prioriza-se a cura dos pacientes enquanto o processo de morrer se torna desmotivador e sem sentido aos profissionais de saúde (DOMINGUES et al, 2013; KOVÁCS, 2012; ALMEIDA, 2013).

Independente da preparação e capacitação dos enfermeiros que trabalham em ambientes críticos diante de equipamentos e monitoramento constante dos pacientes, a morte pode provocar vários entraves que poderão atrapalhar a qualidade da assistência, sendo capaz de ocasionar nos profissionais, frustração, sensação de incapacidade e fragilidade. Portanto, é de suma importância que o enfermeiro saiba lidar com o óbito do paciente, com os familiares e também consigo mesmo para que não se atrapalhe a devida assistência prestada (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

A enfermagem tem como foco principal o ser humano. Considera-se que a maior gratidão no trabalho do profissional está em preservar a vida. Para enfermeiros que atuam em setores críticos, como é o caso das unidades de emergência, esta concepção se faz de forma bastante acentuada pelo fato que esses profissionais convivem constantemente com pacientes instáveis (BATISTA, BIANCHI, 2006; SALOMÉ, CAVALI, ESPÓSITO, 2009).

Por estarem mais próximos das situações de emergência, promovendo a assistência, desde procedimentos mais simples aos mais complexos, até mesmo ao paciente em fase terminal, esses profissionais podem ser acometidos por um quadro de ansiedade, por serem os primeiros a enfrentarem a morte e sendo constante o lidar com a dor e o sofrimento (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006; MARTINO, MISKO, 2004). Estudos citam que esses sujeitos estão mais propensos a desenvolverem um desgaste profissional, conhecido, na literatura, como síndrome de Bournout (PITTA, 1990; POPIM, BOEMER, 2006).

Os enfermeiros mesmo atuando por muito tempo na emergência não se acostumam a lidar com a perda do paciente e muitos profissionais não compartilham esses sentimentos com os colegas de trabalho, proporcionando maior tensão ainda. O envolvimento é tão grande que quando se sentem impotentes, choram, pois acreditam ser o momento de externar o sofrimento para aliviar sua própria dor (GUTIERREZ, CIAMPONE, 2006).

Conforme mencionado acima, as reações psicológicas apresentadas pelos enfermeiros também podem ser notadas no exercício da enfermagem oncológica. Salienta-se que o profissional que atua nesse ambiente está sujeito a uma série de sentimentos intensos e contraditórios, que remetem aos meios de defesa do ego, auxiliando na diminuição da angústia, devido ao fato de que a morte e o processo de morrer se fazem presentes no tratamento do paciente com neoplasia (SOUZA, ALMEIDA, 2012). É de extrema importância que se haja discussão sobre a morte e o morrer entre a equipe de enfermagem, no âmbito hospitalar, principalmente, na oncologia. Afinal, a morte se faz presente em todo o ciclo da vida, fazendo parte do desenvolvimento do indivíduo, deixando traumas naquele que a presença (KOVÁCS, 2008).

O enfermeiro, assim como a maioria das pessoas demonstram grande pesar diante da perda de pacientes jovens e crianças. Devido ao fato de que o profissional, da mesma forma é um ser humano com sentimentos e opiniões externas diante de vários assuntos, entre eles, o processo de finitude do paciente. (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Nesse sentido, demonstra-se que a morte de pessoas idosas ou com doença terminal para os profissionais de saúde é mais tolerável e natural, devido a cronologia do desenvolvimento humano, nascer, crescer, reproduzir, morrer. Pois acreditam que o idoso já passou por todas as fases, já viveu sua história e deixou descendentes. Diante disso, a morte constitui-se em um evento esperado. Entretanto, torna-se mais difícil o enfrentamento diante da morte de neonatos e crianças, pelo fato de não seguir a cronologia humana, pois, esses pacientes pouco puderam conhecer, produzir, e deixar marcas na família e na sociedade. Em vista disso, surge um grande desafio para os enfermeiros perder um paciente pediátrico ou jovem, principalmente mediante os problemas agudos de saúde ou acidentes e fatores externos, pois os mesmos não sabem como enfrentar e trabalhar com esse tipo de fatalidade (BALDISSERA, et al, 2018; ZHEG, et al, 2015).

O conceito de terminalidade é um conceito relativo, já que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. A questão de temporalidade é relativa, pois, ao dizermos que um idoso ou um paciente com doença grave está mais próximo da morte, este fato é constantemente contrariado, visto que, muitas vezes, pessoas saudáveis ou mais jovens morrem mais cedo do que aqueles que já estão “marcados para morrer” (KOVÁCS, 2008, p. 195).

Quando a morte ocorre com crianças, o enfermeiro exterioriza-se sentimentos de condolência na presença daquele indivíduo tão frágil e pequeno, também permite a oportunidade desse profissional expor seus sentimentos nessa ocasião devido aos vínculos afetivos estabelecidos. De modo geral, as pessoas mostram maiores dificuldades para lidarem com a morte de crianças, pois considera-se mais complexa do que a do adulto (SOUZA, MOURA, CORRÊA, 2009).

Devido ao fato de que as pessoas sempre associam as crianças a momentos felizes, de vida e de futuro, torna-se mais difícil lidar com a iminência da morte dessas crianças para o profissional de enfermagem. Devido ao fato de que a morte ocorrida na infância é associada com a interrupção de seu ciclo biológico, provocando na equipe sentimentos negativos, tais como: frustração, impotência, tristeza, dor, angústia e sofrimento (ZORZO, 2004).

Os profissionais de saúde também entendem que indivíduos mais jovens quando evoluem ao óbito acabam sendo uma perda de maior significado para familiares e conseqüentemente também para a sociedade, por assimilarem que estes poderiam ter futuros brilhantes e de certa forma contribuir para com a sociedade num todo. Quando um paciente morre, o enfermeiro associa esse óbito à frustração, não somente pelo pesar com a família, mas pelo fato de relacionarem o ocorrido às pessoas que fazem parte de sua vida social e principalmente de seus familiares (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Ainda sobre as mortes impactantes, ao lidarem com a morte resultante de acidentes e homicídios, que infelizmente aconteceram por circunstâncias ou eventualidade, caracterizam, também, um impacto considerável, embora este enfrentamento seja de certa forma, mais conformador comparado com a morte de crianças (SOUZA, et al, 2013).

O enfermeiro, ao prestar assistência, pode criar um vínculo com os pacientes, podendo ser desenvolvido em momentos de dor e tensão, ao promover conforto e confiança, informações precisas e sinceras sobre seu quadro clínico, até mesmo, sempre que possível permitir o contato do paciente com o familiar (ABRÃO et al, 2013; PAI & LAUTERT, 2009; SILVA, CAMPOS E PEREIRA, 2011; SILVA E ROCHA, 2011). Quando se estabelece o vínculo entre profissional e paciente, cria-se uma relação de confiança promovendo segurança ao paciente. Entretanto, com a morte do paciente, este elo antes estabelecido, é quebrado, o que provoca dor, frustração, tristeza, sofrimento, sentimentos de perda e impotência (FERNANDES et al, 2006; SILVA et al, 2016).

Frente essas situações, os comportamentos dos enfermeiros ao lidarem com a morte estão associados à qualidade da assistência prestada, interferindo no cuidado. Dependendo da postura do enfermeiro nesse quesito, ele será menos capaz de adotar uma atitude positiva de cuidado com o paciente em fase terminal, podendo lesar a qualidade do vínculo entre o profissional e seus pacientes (PETERS, et al, 2013; MONDRAGON, et al, 2015).

Diante da perda do paciente, em algumas situações o enfermeiro não sabe como enfrentar o processo de finitude do paciente. Muitas vezes, o profissional presencia o sentimento de culpa, devido à perda do paciente ocasionando um conflito de ordem psicológica que pode resultar em uma barreira a novas experiências semelhantes ou, até mesmo, a fuga desse tipo de ambiente de trabalho (GUTIERREZ, CIAMPONE, 2006; MORO et al, 2010; SANTOS, HORMANEZ, 2013). Consequentemente, os profissionais priorizam manter relações com pacientes que têm chance de cura, levando-os a fuga e negação, para se manterem afastados do processo de morte e morrer. Assim, a equipe tende, portanto, a rejeitar possíveis interações que poderiam se formar nessa fase, provavelmente em consequência da angústia gerada pela consciência de sua própria morte (ALBERTONI et al, 2013).

Destaca-se que ao prestar a assistência, priorizando salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou doença incurável, pode fazer com que a atuação da equipe seja percebida de forma insignificante, desmotivadora e frustrante. Além disso, não podendo interromper ou prolongar a morte, suavizar a dor e sofrimento pode trazer ao profissional a vivência de seus limites, finitude e impotência e isso pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 2003).

Portanto, evidencia-se que a discussão sobre tal temática, desde o início da graduação pode proporcionar um suporte mais abrangente ao acadêmico, qualificando-o para prática clínica, não somente na perspectiva do curar, mas também do cuidar (SOUZA, et al, 2017).

Deste modo, o indivíduo necessita ser assistido de forma holística, em seu contexto de vida e de morte, pois fazem parte do ciclo vital. De maneira geral, na graduação, as grades curriculares abrangem questões relacionadas à vida, à cura e ao tratamento, contudo, não há uma reflexão mais voltada para o processo de morte e morrer, tampouco seu inter-relacionamento nas circunstâncias que envolvem sofrimento destes (ALVES, COGO, 2014).

É notável a deficiência da formação acadêmica do enfermeiro no Brasil, diante do enfrentamento da terminalidade da vida e todo o processo que a cerca. Ressalta-se a carência de discussões sobre a morte, o que possibilita grande despreparo na assistência prestada por não ter reflexão sobre a mesma. Resulta que o enfermeiro é impedido de lidar com a morte de maneira natural e saudável, por se limitar somente na gratificação de vivenciar a vida (SOUZA, ALMEIDA, 2012). Visto que, na graduação, conscientiza-se a respeito do compromisso com a

continuidade da vida dos pacientes sob seus cuidados e, quando isso não ocorre, os profissionais passam a vincular a morte como um imprevisto ou fracasso em sua vida profissional (IVO, PEDROSO, 2017; ZHEG, et al, 2015).

Em síntese, a vida e a morte sempre estiveram interligadas paralelamente em uma linha tênue reforçada com as novas tecnologias inseridas na assistência à saúde e com o avanço do conhecimento científico. Assim, os profissionais aprendem na faculdade a prolongar a vida sem um questionamento reflexivo sobre o que a mesma representa, o que dificulta a compreensão da morte (GROSSELIN, et al, 2011).

Assim, implica-se a importância de instituições públicas e privadas disponibilizarem suporte psicológico e educação continuada sobre a terminalidade da vida, tendo em vista as dificuldades relatadas pelos enfermeiros em lidar com a morte de seus pacientes, mesmo que alguns demonstrem tranquilidade para conduzir a situação, na tentativa de aliviarem a dor da família enlutada. Dessa maneira, evidencia-se que profissionais capacitados são mais capazes de enfrentar seus próprios tabus sobre a morte sem que sofram demasiadamente ou adoçam, assim exercendo da melhor forma seu mister profissional (MACHADO, et al, 2018; LACERDA, et al, 2016).

Observa-se a necessidade de se inserir a disciplina de tanatologia na grade curricular durante a graduação para que os acadêmicos, futuros enfermeiros possam melhor aceitar e lidar com o sofrimento relacionado a morte de seus pacientes independente do setor ao qual atuam, da mesma maneira, é indispensável o oferecimento de suporte emocional aos que já atuam em locais onde a morte é uma constante, sendo responsável por causar estresse, sofrimento e dor (GOIS, ABRÃO, 2015).

Conforme a literatura, muitas das dificuldades presenciadas pelos enfermeiros em sua prática clínica poderiam ter sido evitadas ou ao menos reduzidas por uma melhor formação profissional. Devido à falta de oportunidades durante a formação para adquirir habilidades, difícil acesso a conhecimentos acerca da morte, e de discussões nas instituições de ensino para externar os medos, as angústias, frustrações e a insegurança (BARROS et al, 2013; PETERSON & CARVALHO, 2011; SANTANA et al, 2013; SILVA E ROCHA, 2011; SOUZA et al, 2013).

No entanto, em estudos realizados por Shimizu (2009), demonstram que alguns profissionais de enfermagem elaboram maneiras de enfrentamento para a morte dos pacientes, com o intuito de evitar o sofrimento diante da perda, assim, não ocasionando danos emocionais e prejuízos em sua assistência, porém, não quer dizer, exatamente, que estes não estão isentos de sofrerem com o findar da vida de seus pacientes. Assim, profissionais ressaltam que o contato constante auxilia para que possa ocorrer um melhor enfrentamento da morte dos pacientes, independente das diferenças individuais e pessoais nas defesas criadas contra o sofrer mediante a morte. Contudo, salienta-se que profissionais de enfermagem com mais tempo de assistência e experiência demonstram estar mais preparados para lidarem com a situação do que o profissional que acabou de se formar ou aquele que está iniciando sua atuação em certa unidade, seja ela mais crítica ou não.

As percepções e as reações que os profissionais de saúde demonstram diante da vida e da morte vinculam-se com o tipo de instrução e preparo que tiveram, as experiências vivenciadas e o meio sociocultural onde cresceram e se desenvolveram. Conforme os profissionais descobrem sua própria finitude e passam a conhecer melhor, conseqüentemente passam a compreender de forma mais satisfatória o processo de morte e morrer do paciente (BERNIERI, HIRDES, 2007).

Frente aos dilemas emocionais originados pela morte de seus pacientes e o sentimento de perda, surge nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolverem habilidades e competências para confrontar esses dilemas. Estudos realizados com profissionais da saúde demonstraram que enfermeiros com capacitação em cuidados paliativos não relatavam ter medo da morte nem tampouco dificuldade para falar sobre a mesma. É importante frisar que o medo ou evitamento da morte consiste em uma defesa do ego contra o sofrimento, porém se usada de forma demasiada pode empobrecer essa compreensão, refletindo-se no entendimento do sentido da vida. Assim, compreender a morte pode proporcionar a valorização da vida, conferindo-lhe sentido e um esforço para se viver uma vida bem mais vivida. (ZYGA, et al, 2011; FRONZA, et al, 2015).

Nota-se uma concordância entre os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, que vivenciar a morte e o morrer durante a sua prática clínica é desafiador, portanto, em muitas ocorrências reconhecem que é um processo que faz parte do ciclo vital e que, necessariamente, todos, em algum momento passarão por isto e que faz parte da realidade da profissão. Com isso, procuram criar mecanismos para enfrentarem a morte com o mínimo de envolvimento emocional, portanto, mesmo com a ausência de reação terapêutica por parte do paciente, têm-se a sensação de dever cumprido (SALIMENA, et al, 2014; LIMA, COSTA, 2015).

Nessa perspectiva, é crucial capacitar a enfermagem para promover uma assistência com qualidade voltada ao cuidado na vivência da morte, pelo fato de que o conhecimento apropriado repercute nesse aspecto, da mesma forma o incentivo e o apoio emocional para que os profissionais vivenciem este momento de forma profissional, ética, e principalmente humana, sem comprometer sua saúde mental ao enfrentar todo o processo da morte de seus pacientes (LACERDA, et al, 2016).

Destaca-se a importância da formação do enfermeiro capacitado para desenvolver um cuidado integral focado não somente sobre o corpo, mas também, mente e espírito conforme orienta o programa nacional de humanização em saúde, o Humaniza Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ressalta a responsabilidade do enfermeiro em fazer com que o paciente saiba aceitar sua situação, apaziguar seu sofrimento e enfrentar seus conflitos pessoais, promovendo o cuidado sem privar o paciente de sua individualidade e particularidades (TOMASSO, BELTRAME, LUCCHETTI, 2011; BRASIL, 2010; LIMA, et al, 2013; GOIS, ABRÃO, 2015).

Os fatores que facilitam ou motivam a prática do enfermeiro ao lidar com a morte não excluem a possibilidade de enfrentarem o estresse. No entanto, a gestão eficaz destes fatores impulsiona um ambiente de trabalho produtivo e saudável. Manter o diálogo, estabelecer vínculos e, além do mais, desenvolver resiliência às situações problemas, são maneiras de preservar suas emoções, mas também de agir a favor de um autorreconhecimento (BASTOS, et al, 2017).

A equipe de enfermagem, dentre todos os profissionais da área da saúde, é reconhecida por sua permanência e continuidade na prestação de cuidados ao paciente enfermo e sua família, vivendo com suas dores e sofrimentos no processo de morte e morrer (VASQUES, et al, 2019). Ante o exposto, o amparo psicológico aos enfermeiros poderia possibilitar o enfrentamento das situações estressantes e adversas que podem surgir no cotidiano das inter-relações, auxiliando na elaboração do sofrimento em situações difíceis, como a assistência prestada ao paciente terminal (HOHENDORFF, MELO, 2009). Portanto, oferecer um espaço de apoio para que os profissionais enfrentem e lidem com seus sentimentos e possam trabalha-los é fundamental, evitando o uso de mecanismos de defesa, afastamento

emocional e até físico do paciente em fase terminal (PETERSON, CARVALHO, 2011). Assim, preza-se a dignidade do paciente antes e após o óbito, que muitas das vezes, gera-se satisfação e conforto pelo trabalho realizado (MOTA, GOMES, COELHO, FILHO E SOUSA, 2011; SILVA, VALENÇA, GERMANO, 2010).

Sabe-se que a influência religiosa na prática clínica do profissional de saúde refere-se à concepção da morte com o findar do sofrimento e início do descanso eterno. Nesse contexto filosófico, não há lugar para pensamentos negativos e o mesmo poderá encontrar conforto e meios para reconfortar o paciente e sua família (ABRÃO et al, 2013; MORO et al, 2010).

Salienta-se, que, aceitar a morte como parte do ciclo natural da vida, contribui para que o enfermeiro possa refletir sobre o uso adequado de tecnologias e terapêuticas bem como evitar o sofrimento desnecessário e a distanásia. A morte precisa deixar de ser vista como um fracasso profissional sempre envolta em sentimentos de impotência e frustração e ser vista novamente como algo natural e fisiológico (BASTOS, et al, 2017).

Considerações finais

Apesar da morte fazer parte do ciclo da vida, ainda assim é responsável por desencadear sofrimento no ser humano. Para os profissionais de saúde não é diferente, especialmente para os enfermeiros por estarem expostos constantemente a esse fenômeno, muita das vezes ocasionando sentimentos de frustração e negação.

Este artigo se propôs a responder ao seguinte problema de pesquisa: de que modo ocorre o enfrentamento do enfermeiro e quais sentimentos expressos ao lidar com a morte. A hipótese levantada com relação ao problema de pesquisa foi que os enfermeiros ao se depararem com a morte não estão preparados para lidarem com este fenômeno.

Assim, este estudo teve como Objetivo Geral reconhecer a percepção do profissional enfermeiro ao enfrentar a morte em sua prática assistencial. Como Objetivos Específicos esse artigo teve como base compreender as dificuldades enfrentadas e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros que convivem com a morte, onde a mesma se faz presente constantemente em sua prática clínica.

Deste modo, a justificativa desta pesquisa foi aprofundar o saber acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente terminal. Surgiu da mesma forma a relevância de abordar esse tema para que os enfermeiros possam identificar suas limitações e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para que passem a promover uma assistência com mais eficácia e que assim associem a morte como um processo fisiológico. A enfermagem é a profissão mais próxima do paciente promovendo cuidado ao indivíduo que sofre, vale salientar a importância de promover pesquisas abordando esta temática, proporcionando discussão para que assim os profissionais possam promover um cuidado mais humanizado para a população que necessite dos cuidados de enfermagem.

Por meio deste estudo conclui-se que os enfermeiros não estão preparados para atuar com a iminência da morte, pois associam o processo de morte e morrer como fracasso profissional. Profissionais também temem mais a morte de crianças do que de pessoas idosas, pelo fato de que a morte interrompe a ordem cronológica da vida, assim ficando mais fácil lidar com o findar da vida de pacientes idosos, pois relatam que esses pacientes já viveram e já aproveitaram a vida e com a morte na pediatria esse processo de nascer, crescer, reproduzir e morrer é interrompido.

Através da literatura, compreende-se que o lidar com a morte na assistência é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, sendo a UTI, a emergência e a oncologia, os locais mais difíceis para atuar, visto que a morte se faz presente constantemente ocasionando-se nos profissionais sentimentos de frustração, perda, tristeza e impotência. Esse despreparo para lidar com a morte é associado a falta de qualificação ainda na graduação, pois preparam os acadêmicos somente para promoverem o tratamento focado na cura e muitas das vezes negligenciando as necessidades do indivíduo. Assim, ressalta a importância de instituições de saúde e universidades promoverem discussões sobre a morte para que os profissionais de saúde possam atuar com a morte sem que sofram demasiadamente e assim passem a promover um cuidado humanizado ao paciente que também sofre.

Ante o exposto, surge a relevância de continuar com pesquisas abordando esta temática, para que os profissionais de saúde deixem de associarem a morte ao insucesso profissional e passem a promoverem discussões sobre a mesma, para que assim possam se embasar nas melhores evidências e proporcionarem uma assistência com mais qualidade e humanização ao paciente que se encontra no processo de morte e morrer.

Referências

- ABRÃO, F.M.S. et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 730-737. 2013.
- ALBERTONI, L. I. et al. Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. *Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto*, v. 20, n. 2, p. 49-52, 2013. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-20-2/ID_529_abr-jun_2013.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.
- ALMEIDA, A. S; BARLEM, E. L. D; BARLEM, J. G. T. et al. Produção científica da enfermagem sobre morte/morrer em unidades de terapia intensiva. *Enferm. Foco*, v. 4, n. 34, p. 179-83, 2013.
- ALMEIDA, MR, RUTHESS VRM. A polêmica do início da vida: uma questão de perspectiva de interpretação. *Pistis Prax Teol Pastor*. 2010; 2 (1):113-124.
- ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 35, n. 1, p.102-109, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00102.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.
- ARGENTA, C. et al. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm*. 2008. Acesso em: 26 set. 2019. 13(2): 284-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/12516/8573>.
- BALDISSERA, AE, et al. Perspective of nursing professionals on death in the emergency. *Journal of Nursing UFPE on line - [S.l.]*, v. 12, n. 5, p. 1317-1324, may 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234545>>. Date Acesso em: 26 set. 2019. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>.
- BARROS, N.C.B. et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*. 5(1), 3293-3301. 2013.

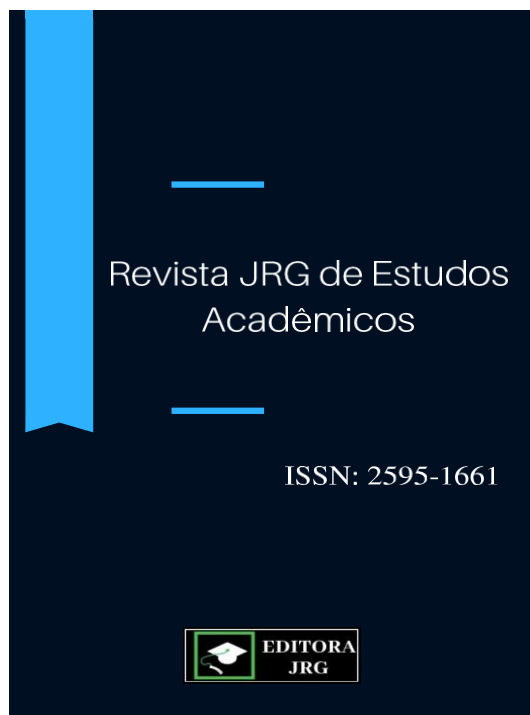
- BASTOS, R.A, et al. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 17, p. 58-64, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>.
- BATISTA, KM, BIANCHI ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(4): 534-39.
- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2019.
- BESERRA, GMG, SANTANA MG, ARAUJO AC. Morte: uma reflexão na educação em enfermagem. *Rev Tecn Cien Enferm* 2006; 4(15): 91-6.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. V. 1.
- BRÊTAS JRS, OLIVEIRA JR, YAMAGUTI L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40 (4): 477-83.
- DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- DOMINGUES, G.R. et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 2-24, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- FERNANDES, M. E. N.; et al. A morte em Unidade de Terapia Intensiva: Percepções do enfermeiro. *Rev RENE*, Fortaleza, v.7, n.1, 43-51, 2006.
- FERNANDES, M.A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(9), 2589-2596. 2013.
- FRONZA, LP, et al. O tema da morte na escola: possibilidades de reflexão. *Barbarói*. 2015; (43):48-71.
- GASPERINI, P. RADÜNZ V. Cuidar de si mesmo: essencial para enfermeiros. *Rev Min Enferm* 2006; 10(1): 64-9.
- GÓIS, ARS; ABRÃO, FMS. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 415 - 425, out. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15832>>. Acesso em: 26 set. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215832>.
- GONÇALVES, JR. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.
- GOSELIN, TK, et al. Measuring oncology nurses' psychosocial care practices and needs: results of an oncology nursing society Psychosocial Survey. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(6):729-37.
- GUTIERREZ, B. A. O; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 456-461, 2006.
- HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudo pesquisa e psicologia*, Rio de

- Janeiro, v. 9, n. 2, p. 480-492, 2009. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a14.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- IVO OP; PEDROSO KO. The process of death and dying: a vision of nursing students. *Id Online Rev Psic.* 2017 Feb;11(34):305-21. Doi:
<https://doi.org/10.14295/idonline.v11i34.691>.
- KLÜSER, et al. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. *Rev RENE.* 2011;12(1):166-72.
- KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia, Ribeirão Preto*, v. 18, n. 41, p. 458-468. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004>. Acesso em: 26 set. 2019.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003.
- KOVÁCS, M. J. Educadores e a morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 71-81, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/08.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 4th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2016.
- KUSTER DK, BISOGNO SBG. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010.
- LACERDA, C. A. et al. O lidar com a morte em unidade de terapia intensiva: dificuldades relatadas por enfermeiros. *Revista ciência e desenvolvimento.* v. 9, n. 2. 2016.
- LEINA, J. R; ELTINK, C. F. A Visão do Graduando de Enfermagem Perante a Morte do Paciente. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde, Ribeirão Preto*, v. 29, n. 3, p. 176-82, 2011.
- LIMA, NAV, et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. *Rev Enferm UFSM.* 2013;3(2):276–86.
- LIMA, RS; COSTA JJA. The process of death and dying in nurses vision. *ReOnFacema* 2015. Acesso em: 26 set. 2019. 1(1):25-30. Disponível em:
<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13/8>.
- LOUREIRO, LMJ. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Rev Enf Ref.* 2010. Acesso em: 26 set. 2019. 3(1):101-8. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln1/serlln1a11.pdf>.
- MACHADO NLM, et al. O enfermeiro diante da ocorrência de morte em ambiente de urgência e emergência. *CuidArte Enfermagem.* 12(1): 23-29. 2018.
- MARTINO MMF, MISKO MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):161-7.
- MONDRAGÓN-SÁNCHEZ EJ, et al. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015. Acesso em: 26 set. 2019. 23(2):323-8. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200019.
- MORO, C. R.; et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: A ótica da equipe de Enfermagem. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 1, p. 48-57, 2010.
- MOTA, M.S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 32(1), 129-135. 2011.

- PAI, D.D. LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (1), 60-5. 2009.
- PETERS L, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*. 2013; 7(1):14-21.
- PETERSON, A. A., & CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692-697. 2011.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
- POLES, K; BALIZA, M. F; BOUSSO, R. S. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras. *R. Enferm. Cent. Oeste Mineiro*, v. 3, n. 3, p. 761-9, 2013.
- POLES, K; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 207-13, 2006.
- POPIM RC, BOEMER MR. O cuidar em oncologia: diretrizes e perspectivas. Botucatu: Editora UNESP; 2006.
- RIBEIRO, M. C; BARALDI, S; SILVA, M. J. P. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte". *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 32, n. 2, p. 117-23, 1998.
- SALIMENA, AMO, et al. Meaning of death of the surgical patient experienced by the nursing team. *Rev Enferm UFSM*. 2014 Sept;4(3):645-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211267>.
- SALOME, GM; CAVALI, A; ESPOSITO, VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>.
- SANTANA, J. et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Revista Bioética*, 21(2) 298-307. 2013.
- SANTOS, et al. A Enfermagem frente ao processo de morte: Revisão integrativa. INTERNATIONAL NURSING CONGRESS. 2019.
- SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n.9, p.2757-2768, 2013.
- SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-62, 2007.
- SILVA, A. L. L; RUIZ, E. M. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 15-25, 2003.
- SILVA, C. R. L. da; et al. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI. *Cienc Cuid Saude*, v. 3, n.15, p.474-481, 2016.
- SILVA, L.C.S.P., VALENÇA, C.N., & GERMANO, R.M. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(2), 238-242. 2010.
- SILVA, M.K.G., & ROCHA, S.S. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. *Revista Rene*. 12 (1), 97-103. 2011.
- SILVA, R. S; CAMPOS, A. R. S; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 3, n. 45, p. 738-44, 2011.

- SOUZA AM, MOURA DSC, CORRÊA VAC. implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: ciência e profissão*. 2009. Acesso em: 26 set. 2019. 29(3), 534-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932009000300008>.
- SOUZA, A. A; ALMEIDA, L. C. V. Reflexões da enfermagem sobre a morte e o morrer na oncologia. 2012. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena: UNIPAC, 2012. Disponível em: <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcceb646fe373aee920c2e3747d5eb7031.pdf> >. Acesso em: 26 set. 2019.
- SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100005&script=sci_arttext >. Acesso em: 03 set. 2009.
- SOUZA, L.F. et al. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Revista Escola de enfermagem USP*. 47(1), 30-37. 2013.
- SOUZA, M.C.S et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. *Enferm. Florianópolis*, v.26, n.4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400313&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.
- SOUZA, S. et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermeira Global*. 2013. Acesso em: 26 set. 2019. 32:230-6. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf.
- TOMASSO, CS, BELTRAME IL, LUCCHETTI G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):156-68.
- VASQUES, T. C. S. et al. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0021949. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00219>.
- VIEIRA, MA, SOUZA SJ, SENA RR. Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. *Rev Min Enferm* 2006; 10 (2):151-9.
- VIERO, MD, et al. O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- WONG P; REKER G, GESSER G. Death attitude profile revised: a multidimensional measure of attitude toward death. In: Neimeyer RA, editor. *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application*. Washington (DC): Taylor & Francis; 1994.
- ZHENG, RS. et al. Chinese oncology nurses experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):288-96. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>.
- ZORZO, J. C. C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

ZYGA, S. et al. Greek renal nurses attitudes towards death. J Ren Care. 2011; 37(2):100-7.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação

Editorial: Data de submissão

(recebimento): 10/08/2019. Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NO LIDAR COM A MORTE DURANTE A ASSISTÊNCIA

THE NURSE'S PERCEPTION WHEN DEALING WITH DEATH DURING CARE

*Me. Jonas Rodrigo Gonçalves
Jhonata Rocha de Sá Simões*

Resumo

O tema deste artigo é a percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. Investigou-se o seguinte problema: como é o enfrentamento do enfermeiro e quais os sentimentos expressos pelos profissionais perante a morte? Cogitou-se a seguinte hipótese “os enfermeiros não sabem como lidar diante da iminência da morte”. O Objetivo Geral é identificar a percepção do enfermeiro ao lidar com a morte durante a assistência. Os Objetivos Específicos são: identificar os sentimentos vivenciados e as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que trabalham e convivem com a morte. Este trabalho é importante em uma perspectiva individual devido a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente em processo de morte e morrer; para a ciência, é relevante para que o enfermeiro reconheça seus limites e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para trabalharem com a morte; agrega à sociedade pelo fato de que assim possam promover uma melhor

¹ Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas); Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos, Políticas Públicas e Cidadania); licenciado em Filosofia e em Letras (Português/Inglês); professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP), Sena Aires (GO) e CNA (DF). CV:<http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. OrcidID: <http://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: professorjonas@gmail.com.

² Graduação em andamento em Enfermagem, pela Universidade Paulista, UNIP-SP (BRASIL). OrcidID: <https://orcid.org/0000-0002-9847-9640>. CV: <http://lattes.cnpq.br/8189035508892255>

assistência para a população que necessite de seus cuidados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, teórica com duração de três meses.

Palavras-chaves: Enfermagem. Morte. Atitude frente a morte.

Abstract

The theme of this article is the perception of nurses in dealing with death during care. The following problem was investigated: how is the nurse's confrontation and what are the feelings expressed by professionals regarding death? The following hypothesis was considered: "nurses do not know how to deal with the imminence of death". The overall objective is to identify nurses' perceptions in dealing with death during care. The specific objectives are: to identify the feelings experienced and the difficulties faced by nurses who work and live with death. This work is important from an individual perspective because of the need to deepen the knowledge about the care provided by nurses to patients in the process of dying and dying; for science, it is relevant for nurses to recognize their limits and thus seek both professional and ethical preparation to work with death; It adds to society that they can thus promote better care for the population in need of their care. This is a theoretical qualitative research lasting three months.

Keywords: Nursing. Death. Attitude towards death.

Introdução

A morte é um dos acontecimentos existenciais mais sofríveis e complexos presentes na vida dos seres humanos. Assim, muitas das vezes não há discussão sobre a mesma, sendo negada e ignorada. Principalmente na área da saúde, onde o lidar com a morte é constante, os profissionais evitam falar sobre a mesma (SOUZA, ALMEIDA, PAIVA 2012).

A morte é inevitável, faz parte do processo biológico da vida humana e ocorre constantemente. A percepção desse acontecimento cria-se de forma social e cultural ao longo da evolução humana. (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Este artigo se propõe a responder ao seguinte problema: como é o enfrentamento do enfermeiro e quais os sentimentos expressos pelos profissionais perante a morte? As emoções presenciadas pelos enfermeiros e o lidar com a morte.

O lidar com a morte é frequente no cotidiano dos profissionais de enfermagem, despertando grande temor no ser humano. Esse sentimento é provocado a partir da dificuldade de lidar com a finitude do paciente. Conseqüentemente, se acarreta sentimento de impotência perante a perda do paciente nos profissionais de enfermagem. Esse fato não se representa somente no fracasso dos cuidados, mas igualmente como a derrota diante da morte e de cumprir a missão dos profissionais de saúde, de minimizar seu sofrimento, sua dor, trazendo-o a vida, salvando o paciente (POLES, BOUSSO, 2006).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi: os enfermeiros não sabem como lidar diante da iminência da morte. Ao se depararem com a morte, os enfermeiros não estão preparados, assim, não sabendo reagir a este fenômeno.

Os enfermeiros apresentam dificuldades em lidarem com suas emoções perante a iminência da morte. No cotidiano do cuidar, os profissionais salientam que a morte é um fato causador de grande sofrimento, o que dificulta sua aceitação (FERNANDES et al, 2013; SILVA et al, 2012; SHIMIZU, 2009).

O Objetivo Geral deste trabalho é identificar a percepção do enfermeiro ao lidar com a morte durante a assistência. Além disto, compreender as implicações da morte do paciente no decorrer de sua atuação profissional e suas dificuldades ao lidar com o paciente terminal.

Salienta-se, que, mesmo exposto a diversas situações de terminalidade em sua prática clínica, para os enfermeiros, com certeza abordar a morte diante da profissão é a mais dura realidade, visto que, apesar de seus esforços, alguns pacientes acabam evoluindo ao óbito. Ao lidar com a morte, pode surgir à necessidade de se afastar do paciente como forma de proteção, isso pode ocorrer pelo fato de que o profissional não está preparado para lidar com a situação a qual está exposto, ou até mesmo não dispõe de conhecimento adequado para lidar com a finitude do paciente (VIERO et al, 2012; SOUSA et al, 2009).

Deste modo, procura-se identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros em seu cotidiano. Da mesma forma, têm-se a necessidade de conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros em sua atuação, por trabalharem e conviverem com a morte frequentemente.

O cuidar é presente no cotidiano do enfermeiro, deste modo possui um papel importante com o indivíduo em processo de morte. Devido à proximidade com o paciente terminal, sentimentos de tristeza, perda, decepção, impotência, frustração, raiva, fuga e até negação por não conseguirem manter a vida do paciente, podem surgir. Contudo, mesmo com o confronto contínuo com a morte em sua prática assistencial, o profissional ainda se depara com dificuldades para encará-la (BESERRA, SANTANA, ARAUJO, 2006; GASPERINI, RADUNZ, 2006; VIEIRA, SOUZA, SENA, 2006).

Este estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente em processo de morte e morrer. Do mesmo modo, surgiu o interesse de compreender os motivos que influenciam os enfermeiros a temerem ou apresentarem dificuldades em enfrentar a finitude de seus pacientes.

A relevância de abordar esta temática é necessária para que o enfermeiro reconheça seus limites e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para trabalharem com a morte. Assim, surge a necessidade de contribuir com pesquisas para ajudar profissionais a lidarem com a morte de forma natural e menos penosa.

A enfermagem é a profissão mais próxima do paciente na área da saúde, cuidando do indivíduo que sofre. Desta maneira, ressalta a importância de promover discussões sobre a morte e o processo de morrer para os enfermeiros, para que assim possam promover uma melhor assistência para a sociedade que necessite de seus cuidados.

Com a finalidade de atingir os objetivos preestabelecidos, optou-se por um estudo teórico, descritivo e o instrumental utilizado foi o levantamento dos artigos nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e artigos na íntegra. Pesquisa realizada em aproximadamente três meses, incluindo a seleção da literatura e elaboração do artigo.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, a qual é produzida pela análise da literatura e que possibilita discussões sobre as metodologias, resultados e conclusões ao tema em estudo. A abordagem do tipo qualitativa visa sanar questões particulares e trabalha com o universo dos

motivos, aspirações, significados, crenças e valores a atitudes (SANTOS, et al, 2017; DESLANDES, GOMES, MINAYO, 2007)

DISCUSSÃO

A morte é definida como a interrupção do ciclo da vida, causando grande impacto em quem presencia, por se tratar da perda e da separação, entretanto uma passagem que todos irão enfrentar ou presenciar (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Os conceitos tradicionais a respeito do nascer e morrer se dão por embasamentos filosóficos, ensinamentos bíblicos e religiosos. Especialistas demonstram que durante anos buscou-se explicar o que dificilmente pode ser explicado, apesar de que se almeje compreender tal fenômeno (ALMEIDA, RUTHES, 2010).

A morte, em torno da idade média era considerada como algo espontâneo e rodeada de rituais, onde o enfermo podia se despedir de familiares, amigos, e definir o que poderia ser feito durante o processo de finitude (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

No início do século XX, a morte começou a ganhar importância e passou a ser considerada com dramaticidade e apoiada pelas consequências econômicas. Com a chegada do capitalismo, a população era valorizada conforme o espaço que ocupava no sistema produtivo e na sociedade. Consequentemente, mudou-se a perspectiva em relação ao sentido da morte, antes vista como algo natural, tornou-se um evento vergonho e frustrante (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Desde o século passado vem-se mudando o pensamento acerca do ato de morrer. Antigamente a morte era bastante frequente na vida das pessoas, seja por epidemias, guerras e pelo fato que as pessoas eram mais próximas pela dinâmica das famílias. Entretanto, com a transformação da sociedade, a percepção e o enfrentamento da morte têm se modificado e tornou-se um tabu discuti-la (RIBEIRO, BARALDI, SILVA, 1998).

É fato que a morte é grande causadora de impacto na vida do ser humano. O modo de lidar e compreender a morte, ou ainda como associam em suas vivências profissionais ou pessoais, faz diferença no enfrentamento desse processo (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Deste modo, o lidar perante a morte pode ser percebido e definido por diferentes perspectivas, sendo elas negativas ou positivas. O enfrentamento de forma negativa pode ser classificado pelo medo da morte, sendo caracterizado pelo pavor acerca da morte e o evitamento, pelo comportamento de se fazer o possível para evitar falar ou pensar sobre a mesma (LOUREIRO, 2010; WONG, REKER, GESSER, 1994).

No que compete ao enfrentamento de modo positivo frente a morte, classifica-se três formas distintas de enfrentamento: escape, neutra e religiosa. A aceitação de escape pode ser definida como a justificção de que quando se vive em circunstâncias que acarretam dor e sofrimento, a morte torna-se um meio para o término destes. Logo, a aceitação neutra é definida como a compreensão de que a morte faz parte do ciclo natural da vida e a aceitação religiosa é definida com a crença em uma vida feliz após a morte. (LOUREIRO, 2010; WONG, REKER, GESSER, 1994).

Com a perda do paciente, independente do cuidado prestado, a morte produz sofrimentos e transtornos ao profissional. Contudo, o exercício da enfermagem exige que se continue a prestar o cuidado a quem também sofre. A fim de promover a assistência sem adoecer, o enfermeiro precisa saber lidar com o estresse gerado

pelo contato com o sofrimento do paciente (FERNANDES et al. 2006; SILVA et al. 2016).

Mesmo com o contato constante com a morte, os profissionais de saúde não se isentam de sentimentos reais. Vale salientar a diferença básica do enfrentamento da morte entre leigos e profissionais. Visto que, para os profissionais a morte se faz presente em seu cotidiano, “tornando-se” sua companheira de trabalho (ARGENTA et al, 2008; SOUZA, MOURA, CORRÊA, 2009).

Com o surgimento do poder científico e tecnológico, tornou-se mais difícil a aceitação da morte de pacientes pelo profissional de saúde, especificamente os profissionais de enfermagem, visto que atualmente as tecnologias permitem o prolongamento da vida de pacientes terminais. Assim, os profissionais de saúde são treinados para manipular a morte não compreendendo a finitude do paciente, ocasionando o despreparo para prestar a assistência as reais necessidades do paciente e familiar no processo de morte e morrer. Diante dessa nova percepção de cuidado, é notável que não há construção de vínculo entre o profissional de saúde e o paciente, deixando de existir uma “boa morte” (SILVA, RUIZ, 2003; SANTOS; HORMANEZ, 2013).

O cuidado deve ser promovido holisticamente a todos os indivíduos, em diversos cenários e em diversas condições de vida, apesar da dificuldade de alguns profissionais em lidar com a morte, não se deve deixar de prestar a assistência ao paciente que está vivenciando esse processo (KLUSER, et al, 2011).

Demonstra-se que a proximidade estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde pode ser benéfica para promover uma assistência com maior qualidade, porém, pode resultar um estado de vulnerabilidade diante do estresse laboral (SANTOS, HORMANEZ 2013). Portanto, é importante que se tenha um olhar para os profissionais de enfermagem, por serem referência no cuidado, estão sempre presentes no processo de finitude de seus pacientes, tornando-se mais vulneráveis ao sofrimento (SANTOS, et al, 2017). Nota-se, que, enfermeiros não preparados para lidar com a morte e que não associam ao ciclo natural da vida, ao acompanhar pacientes que se encontram em fase terminal caminhando para esse processo, encontrará dificuldades. (LEINA, ELTINK, 2011).

É notável que a morte tornou-se um processo mecânico, solitário e desumano. Diante o acometimento de uma patologia grave ou com algum grau de complexidade, o paciente é encaminhado ao hospital. Na maioria das vezes esse transporte é realizado rapidamente por familiares ou por profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar (KLUBER-ROSS, 2016).

Os profissionais de saúde estão cada vez mais capacitados para atuar com diferentes tecnologias de alta complexidade, a fim de prolongar a vida do doente, principalmente aqueles inseridos em unidades de emergência ou unidades de terapia intensiva (UTI). Porém, percebe-se que muitos profissionais não estão preparados para lidar com o paciente perante a morte, tampouco com seus familiares. Deste modo, torna-se difícil para os profissionais de saúde vivenciar a perda. Talvez este seja o motivo do morrer solitário dos pacientes no âmbito hospitalar (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Enfermeiros atuantes em UTI permanecem de forma mais intensa e contínua ao lado do paciente. Esses profissionais são considerados os que mais apresentam dificuldades para lidar com o processo de finitude do paciente. Conseqüentemente, esses profissionais devem receber capacitação para promover a assistência ao indivíduo acompanhando o processo de morrer, inclusive oferecendo apoio aos familiares (POLES, BALIZA, BOUSSO, 2013). Considerando a atribuição do

enfermeiro em lidar com a vida, quando a morte se faz presente pode ocorrer a exteriorização de sentimentos de angústia, impotência e frustração, tornando-se extremamente dolorosas as interações com os pacientes e familiares podendo ocasionar nos enfermeiros da UTI insegurança e incerteza frente a função de salvar vidas. Habitualmente, os profissionais de saúde sentem-se responsáveis pela preservação da vida dos indivíduos, enfrentando a morte como insucesso profissional. Desta forma, ressalta-se, que nesses ambientes, comumente, prioriza-se a cura dos pacientes enquanto o processo de morrer se torna desmotivador e sem sentido aos profissionais de saúde (DOMINGUES et al, 2013; KOVÁCS, 2012; ALMEIDA, 2013).

Independente da preparação e capacitação dos enfermeiros que trabalham em ambientes críticos diante de equipamentos e monitoramento constante dos pacientes, a morte pode provocar vários entraves que poderão atrapalhar a qualidade da assistência, sendo capaz de ocasionar nos profissionais, frustração, sensação de incapacidade e fragilidade. Portanto, é de suma importância que o enfermeiro saiba lidar com o óbito do paciente, com os familiares e também consigo mesmo para que não se atrapalhe a devida assistência prestada (SILVA, CAMPOS, PEREIRA, 2011).

A enfermagem tem como foco principal o ser humano. Considera-se que a maior gratidão no trabalho do profissional está em preservar a vida. Para enfermeiros que atuam em setores críticos, como é o caso das unidades de emergência, esta concepção se faz de forma bastante acentuada pelo fato que esses profissionais convivem constantemente com pacientes instáveis (BATISTA, BIANCHI, 2006; SALOMÉ, CAVALI, ESPÓSITO, 2009).

Por estarem mais próximos das situações de emergência, promovendo a assistência, desde procedimentos mais simples aos mais complexos, até mesmo ao paciente em fase terminal, esses profissionais podem ser acometidos por um quadro de ansiedade, por serem os primeiros a enfrentarem a morte e sendo constante o lidar com a dor e o sofrimento (BRÊTAS, OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2006; MARTINO, MISKO, 2004). Estudos citam que esses sujeitos estão mais propensos a desenvolverem um desgaste profissional, conhecido, na literatura, como síndrome de Bournout (PITTA, 1990; POPIM, BOEMER, 2006).

Os enfermeiros mesmo atuando por muito tempo na emergência não se acostumam a lidar com a perda do paciente e muitos profissionais não compartilham esses sentimentos com os colegas de trabalho, proporcionando maior tensão ainda. O envolvimento é tão grande que quando se sentem impotentes, choram, pois acreditam ser o momento de externar o sofrimento para aliviar sua própria dor (GUTIERREZ, CIAMPONE, 2006).

Conforme mencionado acima, as reações psicológicas apresentadas pelos enfermeiros também podem ser notadas no exercício da enfermagem oncológica. Salienta-se que o profissional que atua nesse ambiente está sujeito a uma série de sentimentos intensos e contraditórios, que remetem aos meios de defesa do ego, auxiliando na diminuição da angústia, devido ao fato de que a morte e o processo de morrer se fazem presentes no tratamento do paciente com neoplasia (SOUZA, ALMEIDA, 2012). É de extrema importância que se haja discussão sobre a morte e o morrer entre a equipe de enfermagem, no âmbito hospitalar, principalmente, na oncologia. Afinal, a morte se faz presente em todo o ciclo da vida, fazendo parte do desenvolvimento do indivíduo, deixando traumas naquele que a presença (KOVÁCS, 2008).

O enfermeiro, assim como a maioria das pessoas demonstram grande pesar diante da perda de pacientes jovens e crianças. Devido ao fato de que o profissional, da mesma forma é um ser humano com sentimentos e opiniões externas diante de vários assuntos, entre eles, o processo de finitude do paciente. (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Nesse sentido, demonstra-se que a morte de pessoas idosas ou com doença terminal para os profissionais de saúde é mais tolerável e natural, devido a cronologia do desenvolvimento humano, nascer, crescer, reproduzir, morrer. Pois acreditam que o idoso já passou por todas as fases, já viveu sua história e deixou descendentes. Diante disso, a morte constitui-se em um evento esperado. Entretanto, torna-se mais difícil o enfrentamento diante da morte de neonatos e crianças, pelo fato de não seguir a cronologia humana, pois, esses pacientes pouco puderam conhecer, produzir, e deixar marcas na família e na sociedade. Em vista disso, surge um grande desafio para os enfermeiros perder um paciente pediátrico ou jovem, principalmente mediante os problemas agudos de saúde ou acidentes e fatores externos, pois os mesmos não sabem como enfrentar e trabalhar com esse tipo de fatalidade (BALDISSERA, et al, 2018; ZHEG, et al, 2015).

O conceito de terminalidade é um conceito relativo, já que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. A questão de temporalidade é relativa, pois, ao dizermos que um idoso ou um paciente com doença grave está mais próximo da morte, este fato é constantemente contrariado, visto que, muitas vezes, pessoas saudáveis ou mais jovens morrem mais cedo do que aqueles que já estão “marcados para morrer” (KOVÁCS, 2008, p. 195).

Quando a morte ocorre com crianças, o enfermeiro exterioriza-se sentimentos de condolência na presença daquele indivíduo tão frágil e pequeno, também permite a oportunidade desse profissional expor seus sentimentos nessa ocasião devido aos vínculos afetivos estabelecidos. De modo geral, as pessoas mostram maiores dificuldades para lidarem com a morte de crianças, pois considera-se mais complexa do que a do adulto (SOUZA, MOURA, CORRÊA, 2009).

Devido ao fato de que as pessoas sempre associam as crianças a momentos felizes, de vida e de futuro, torna-se mais difícil lidar com a iminência da morte dessas crianças para o profissional de enfermagem. Devido ao fato de que a morte ocorrida na infância é associada com a interrupção de seu ciclo biológico, provocando na equipe sentimentos negativos, tais como: frustração, impotência, tristeza, dor, angústia e sofrimento (ZORZO, 2004).

Os profissionais de saúde também entendem que indivíduos mais jovens quando evoluem ao óbito acabam sendo uma perda de maior significado para familiares e conseqüentemente também para a sociedade, por assimilarem que estes poderiam ter futuros brilhantes e de certa forma contribuir para com a sociedade num todo. Quando um paciente morre, o enfermeiro associa esse óbito à frustração, não somente pelo pesar com a família, mas pelo fato de relacionarem o ocorrido às pessoas que fazem parte de sua vida social e principalmente de seus familiares (KUSTER, BISOGNO, 2010).

Ainda sobre as mortes impactantes, ao lidarem com a morte resultante de acidentes e homicídios, que infelizmente aconteceram por circunstâncias ou eventualidade, caracterizam, também, um impacto considerável, embora este enfrentamento seja de certa forma, mais conformador comparado com a morte de crianças (SOUZA, et al, 2013).

O enfermeiro, ao prestar assistência, pode criar um vínculo com os pacientes, podendo ser desenvolvido em momentos de dor e tensão, ao promover conforto e confiança, informações precisas e sinceras sobre seu quadro clínico, até mesmo, sempre que possível permitir o contato do paciente com o familiar (ABRÃO et al, 2013; PAI & LAUTERT, 2009; SILVA, CAMPOS E PEREIRA, 2011; SILVA E ROCHA, 2011). Quando se estabelece o vínculo entre profissional e paciente, cria-se uma relação de confiança promovendo segurança ao paciente. Entretanto, com a morte do paciente, este elo antes estabelecido, é quebrado, o que provoca dor, frustração, tristeza, sofrimento, sentimentos de perda e impotência (FERNANDES et al, 2006; SILVA et al, 2016).

Frente essas situações, os comportamentos dos enfermeiros ao lidarem com a morte estão associados à qualidade da assistência prestada, interferindo no cuidado. Dependendo da postura do enfermeiro nesse quesito, ele será menos capaz de adotar uma atitude positiva de cuidado com o paciente em fase terminal, podendo lesar a qualidade do vínculo entre o profissional e seus pacientes (PETERS, et al, 2013; MONDRAGON, et al, 2015).

Diante da perda do paciente, em algumas situações o enfermeiro não sabe como enfrentar o processo de finitude do paciente. Muitas vezes, o profissional presencia o sentimento de culpa, devido à perda do paciente ocasionando um conflito de ordem psicológica que pode resultar em uma barreira a novas experiências semelhantes ou, até mesmo, a fuga desse tipo de ambiente de trabalho (GUTIERREZ, CIAMPONE, 2006; MORO et al, 2010; SANTOS, HORMANEZ, 2013). Consequentemente, os profissionais priorizam manter relações com pacientes que têm chance de cura, levando-os a fuga e negação, para se manterem afastados do processo de morte e morrer. Assim, a equipe tende, portanto, a rejeitar possíveis interações que poderiam se formar nessa fase, provavelmente em consequência da angústia gerada pela consciência de sua própria morte (ALBERTONI et al, 2013).

Destaca-se que ao prestar a assistência, priorizando salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou doença incurável, pode fazer com que a atuação da equipe seja percebida de forma insignificante, desmotivadora e frustrante. Além disso, não podendo interromper ou prolongar a morte, suavizar a dor e sofrimento pode trazer ao profissional a vivência de seus limites, finitude e impotência e isso pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 2003).

Portanto, evidencia-se que a discussão sobre tal temática, desde o início da graduação pode proporcionar um suporte mais abrangente ao acadêmico, qualificando-o para prática clínica, não somente na perspectiva do curar, mas também do cuidar (SOUZA, et al, 2017).

Deste modo, o indivíduo necessita ser assistido de forma holística, em seu contexto de vida e de morte, pois fazem parte do ciclo vital. De maneira geral, na graduação, as grades curriculares abrangem questões relacionadas à vida, à cura e ao tratamento, contudo, não há uma reflexão mais voltada para o processo de morte e morrer, tampouco seu inter-relacionamento nas circunstâncias que envolvem sofrimento destes (ALVES, COGO, 2014).

É notável a deficiência da formação acadêmica do enfermeiro no Brasil, diante do enfrentamento da terminalidade da vida e todo o processo que a cerca. Ressalta-se a carência de discussões sobre a morte, o que possibilita grande despreparo na assistência prestada por não ter reflexão sobre a mesma. Resulta que o enfermeiro é impedido de lidar com a morte de maneira natural e saudável, por se limitar somente na gratificação de vivenciar a vida (SOUZA, ALMEIDA, 2012). Visto que, na graduação, conscientiza-se a respeito do compromisso com a

continuidade da vida dos pacientes sob seus cuidados e, quando isso não ocorre, os profissionais passam a vincular a morte como um imprevisto ou fracasso em sua vida profissional (IVO, PEDROSO, 2017; ZHEG, et al, 2015).

Em síntese, a vida e a morte sempre estiveram interligadas paralelamente em uma linha tênue reforçada com as novas tecnologias inseridas na assistência à saúde e com o avanço do conhecimento científico. Assim, os profissionais aprendem na faculdade a prolongar a vida sem um questionamento reflexivo sobre o que a mesma representa, o que dificulta a compreensão da morte (GROSSELIN, et al, 2011).

Assim, implica-se a importância de instituições públicas e privadas disponibilizarem suporte psicológico e educação continuada sobre a terminalidade da vida, tendo em vista as dificuldades relatadas pelos enfermeiros em lidar com a morte de seus pacientes, mesmo que alguns demonstrem tranquilidade para conduzir a situação, na tentativa de aliviarem a dor da família enlutada. Dessa maneira, evidencia-se que profissionais capacitados são mais capazes de enfrentar seus próprios tabus sobre a morte sem que sofram demasiadamente ou adoçam, assim exercendo da melhor forma seu mister profissional (MACHADO, et al, 2018; LACERDA, et al, 2016).

Observa-se a necessidade de se inserir a disciplina de tanatologia na grade curricular durante a graduação para que os acadêmicos, futuros enfermeiros possam melhor aceitar e lidar com o sofrimento relacionado a morte de seus pacientes independente do setor ao qual atuam, da mesma maneira, é indispensável o oferecimento de suporte emocional aos que já atuam em locais onde a morte é uma constante, sendo responsável por causar estresse, sofrimento e dor (GOIS, ABRÃO, 2015).

Conforme a literatura, muitas das dificuldades presenciadas pelos enfermeiros em sua prática clínica poderiam ter sido evitadas ou ao menos reduzidas por uma melhor formação profissional. Devido à falta de oportunidades durante a formação para adquirir habilidades, difícil acesso a conhecimentos acerca da morte, e de discussões nas instituições de ensino para externar os medos, as angústias, frustrações e a insegurança (BARROS et al, 2013; PETERSON & CARVALHO, 2011; SANTANA et al, 2013; SILVA E ROCHA, 2011; SOUZA et al, 2013).

No entanto, em estudos realizados por Shimizu (2009), demonstram que alguns profissionais de enfermagem elaboram maneiras de enfrentamento para a morte dos pacientes, com o intuito de evitar o sofrimento diante da perda, assim, não ocasionando danos emocionais e prejuízos em sua assistência, porém, não quer dizer, exatamente, que estes não estão isentos de sofrerem com o findar da vida de seus pacientes. Assim, profissionais ressaltam que o contato constante auxilia para que possa ocorrer um melhor enfrentamento da morte dos pacientes, independente das diferenças individuais e pessoais nas defesas criadas contra o sofrer mediante a morte. Contudo, salienta-se que profissionais de enfermagem com mais tempo de assistência e experiência demonstram estar mais preparados para lidarem com a situação do que o profissional que acabou de se formar ou aquele que está iniciando sua atuação em certa unidade, seja ela mais crítica ou não.

As percepções e as reações que os profissionais de saúde demonstram diante da vida e da morte vinculam-se com o tipo de instrução e preparo que tiveram, as experiências vivenciadas e o meio sociocultural onde cresceram e se desenvolveram. Conforme os profissionais descobrem sua própria finitude e passam a conhecer melhor, conseqüentemente passam a compreender de forma mais satisfatória o processo de morte e morrer do paciente (BERNIERI, HIRDES, 2007).

Frente aos dilemas emocionais originados pela morte de seus pacientes e o sentimento de perda, surge nos profissionais de saúde a necessidade de desenvolverem habilidades e competências para confrontar esses dilemas. Estudos realizados com profissionais da saúde demonstraram que enfermeiros com capacitação em cuidados paliativos não relatavam ter medo da morte nem tampouco dificuldade para falar sobre a mesma. É importante frisar que o medo ou evitamento da morte consiste em uma defesa do ego contra o sofrimento, porém se usada de forma demasiada pode empobrecer essa compreensão, refletindo-se no entendimento do sentido da vida. Assim, compreender a morte pode proporcionar a valorização da vida, conferindo-lhe sentido e um esforço para se viver uma vida bem mais vivida. (ZYGA, et al, 2011; FRONZA, et al, 2015).

Nota-se uma concordância entre os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, que vivenciar a morte e o morrer durante a sua prática clínica é desafiador, portanto, em muitas ocorrências reconhecem que é um processo que faz parte do ciclo vital e que, necessariamente, todos, em algum momento passarão por isto e que faz parte da realidade da profissão. Com isso, procuram criar mecanismos para enfrentarem a morte com o mínimo de envolvimento emocional, portanto, mesmo com a ausência de reação terapêutica por parte do paciente, têm-se a sensação de dever cumprido (SALIMENA, et al, 2014; LIMA, COSTA, 2015).

Nessa perspectiva, é crucial capacitar a enfermagem para promover uma assistência com qualidade voltada ao cuidado na vivência da morte, pelo fato de que o conhecimento apropriado repercute nesse aspecto, da mesma forma o incentivo e o apoio emocional para que os profissionais vivenciem este momento de forma profissional, ética, e principalmente humana, sem comprometer sua saúde mental ao enfrentar todo o processo da morte de seus pacientes (LACERDA, et al, 2016).

Destaca-se a importância da formação do enfermeiro capacitado para desenvolver um cuidado integral focado não somente sobre o corpo, mas também, mente e espírito conforme orienta o programa nacional de humanização em saúde, o Humaniza Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ressalta a responsabilidade do enfermeiro em fazer com que o paciente saiba aceitar sua situação, apaziguar seu sofrimento e enfrentar seus conflitos pessoais, promovendo o cuidado sem privar o paciente de sua individualidade e particularidades (TOMASSO, BELTRAME, LUCCHETTI, 2011; BRASIL, 2010; LIMA, et al, 2013; GOIS, ABRÃO, 2015).

Os fatores que facilitam ou motivam a prática do enfermeiro ao lidar com a morte não excluem a possibilidade de enfrentarem o estresse. No entanto, a gestão eficaz destes fatores impulsiona um ambiente de trabalho produtivo e saudável. Manter o diálogo, estabelecer vínculos e, além do mais, desenvolver resiliência às situações problemas, são maneiras de preservar suas emoções, mas também de agir a favor de um autorreconhecimento (BASTOS, et al, 2017).

A equipe de enfermagem, dentre todos os profissionais da área da saúde, é reconhecida por sua permanência e continuidade na prestação de cuidados ao paciente enfermo e sua família, vivendo com suas dores e sofrimentos no processo de morte e morrer (VASQUES, et al, 2019). Ante o exposto, o amparo psicológico aos enfermeiros poderia possibilitar o enfrentamento das situações estressantes e adversas que podem surgir no cotidiano das inter-relações, auxiliando na elaboração do sofrimento em situações difíceis, como a assistência prestada ao paciente terminal (HOHENDORFF, MELO, 2009). Portanto, oferecer um espaço de apoio para que os profissionais enfrentem e lidem com seus sentimentos e possam trabalha-los é fundamental, evitando o uso de mecanismos de defesa, afastamento

emocional e até físico do paciente em fase terminal (PETERSON, CARVALHO, 2011). Assim, preza-se a dignidade do paciente antes e após o óbito, que muitas das vezes, gera-se satisfação e conforto pelo trabalho realizado (MOTA, GOMES, COELHO, FILHO E SOUSA, 2011; SILVA, VALENÇA, GERMANO, 2010).

Sabe-se que a influência religiosa na prática clínica do profissional de saúde refere-se à concepção da morte com o findar do sofrimento e início do descanso eterno. Nesse contexto filosófico, não há lugar para pensamentos negativos e o mesmo poderá encontrar conforto e meios para reconfortar o paciente e sua família (ABRÃO et al, 2013; MORO et al, 2010).

Salienta-se, que, aceitar a morte como parte do ciclo natural da vida, contribui para que o enfermeiro possa refletir sobre o uso adequado de tecnologias e terapêuticas bem como evitar o sofrimento desnecessário e a distanásia. A morte precisa deixar de ser vista como um fracasso profissional sempre envolta em sentimentos de impotência e frustração e ser vista novamente como algo natural e fisiológico (BASTOS, et al, 2017).

Considerações finais

Apesar da morte fazer parte do ciclo da vida, ainda assim é responsável por desencadear sofrimento no ser humano. Para os profissionais de saúde não é diferente, especialmente para os enfermeiros por estarem expostos constantemente a esse fenômeno, muita das vezes ocasionando sentimentos de frustração e negação.

Este artigo se propôs a responder ao seguinte problema de pesquisa: de que modo ocorre o enfrentamento do enfermeiro e quais sentimentos expressos ao lidar com a morte. A hipótese levantada com relação ao problema de pesquisa foi que os enfermeiros ao se depararem com a morte não estão preparados para lidarem com este fenômeno.

Assim, este estudo teve como Objetivo Geral reconhecer a percepção do profissional enfermeiro ao enfrentar a morte em sua prática assistencial. Como Objetivos Específicos esse artigo teve como base compreender as dificuldades enfrentadas e os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros que convivem com a morte, onde a mesma se faz presente constantemente em sua prática clínica.

Deste modo, a justificativa desta pesquisa foi aprofundar o saber acerca da assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente terminal. Surgiu da mesma forma a relevância de abordar esse tema para que os enfermeiros possam identificar suas limitações e assim busquem preparo tanto profissional quanto ético para que passem a promover uma assistência com mais eficácia e que assim associem a morte como um processo fisiológico. A enfermagem é a profissão mais próxima do paciente promovendo cuidado ao indivíduo que sofre, vale salientar a importância de promover pesquisas abordando esta temática, proporcionando discussão para que assim os profissionais possam promover um cuidado mais humanizado para a população que necessite dos cuidados de enfermagem.

Por meio deste estudo conclui-se que os enfermeiros não estão preparados para atuar com a iminência da morte, pois associam o processo de morte e morrer como fracasso profissional. Profissionais também temem mais a morte de crianças do que de pessoas idosas, pelo fato de que a morte interrompe a ordem cronológica da vida, assim ficando mais fácil lidar com o findar da vida de pacientes idosos, pois relatam que esses pacientes já viveram e já aproveitaram a vida e com a morte na pediatria esse processo de nascer, crescer, reproduzir e morrer é interrompido.

Através da literatura, compreende-se que o lidar com a morte na assistência é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, sendo a UTI, a emergência e a oncologia, os locais mais difíceis para atuar, visto que a morte se faz presente constantemente ocasionando-se nos profissionais sentimentos de frustração, perda, tristeza e impotência. Esse despreparo para lidar com a morte é associado a falta de qualificação ainda na graduação, pois preparam os acadêmicos somente para promoverem o tratamento focado na cura e muitas das vezes negligenciando as necessidades do indivíduo. Assim, ressalta a importância de instituições de saúde e universidades promoverem discussões sobre a morte para que os profissionais de saúde possam atuar com a morte sem que sofram demasiadamente e assim passem a promover um cuidado humanizado ao paciente que também sofre.

Ante o exposto, surge a relevância de continuar com pesquisas abordando esta temática, para que os profissionais de saúde deixem de associarem a morte ao insucesso profissional e passem a promoverem discussões sobre a mesma, para que assim possam se embasar nas melhores evidências e proporcionarem uma assistência com mais qualidade e humanização ao paciente que se encontra no processo de morte e morrer.

Referências

- ABRÃO, F.M.S. et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 730-737. 2013.
- ALBERTONI, L. I. et al. Análise qualitativa do impacto da morte sobre os estudantes de medicina da faculdade de medicina de São José do Rio Preto. *Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto*, v. 20, n. 2, p. 49-52, 2013. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-20-2/ID_529_abr-jun_2013.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.
- ALMEIDA, A. S; BARLEM, E. L. D; BARLEM, J. G. T. et al. Produção científica da enfermagem sobre morte/morrer em unidades de terapia intensiva. *Enferm. Foco*, v. 4, n. 34, p. 179-83, 2013.
- ALMEIDA, MR, RUTHESS VRM. A polêmica do início da vida: uma questão de perspectiva de interpretação. *Pistis Prax Teol Pastor*. 2010; 2 (1):113-124.
- ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 35, n. 1, p.102-109, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00102.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.
- ARGENTA, C. et al. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm*. 2008. Acesso em: 26 set. 2019. 13(2): 284-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/12516/8573>.
- BALDISSERA, AE, et al. Perspective of nursing professionals on death in the emergency. *Journal of Nursing UFPE on line - [S.l.]*, v. 12, n. 5, p. 1317-1324, may 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234545>>. Date Acesso em: 26 set. 2019. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>.
- BARROS, N.C.B. et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)*. 5(1), 3293-3301. 2013.

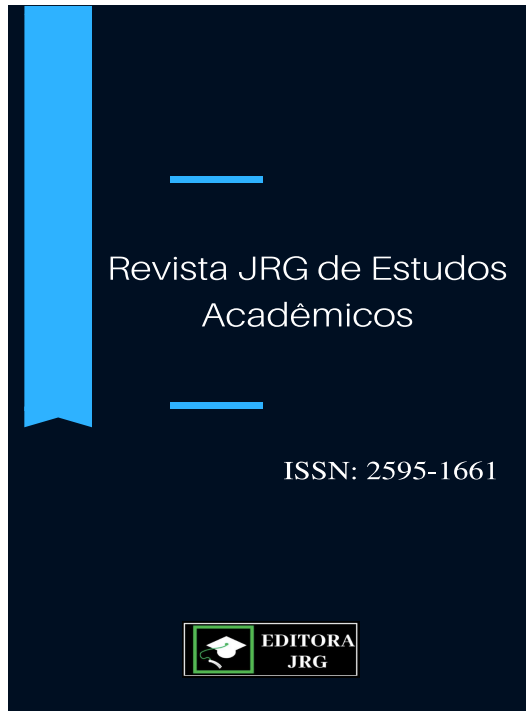
- BASTOS, R.A, et al. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 17, p. 58-64, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>.
- BATISTA, KM, BIANCHI ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(4): 534-39.
- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2019.
- BESERRA, GMG, SANTANA MG, ARAUJO AC. Morte: uma reflexão na educação em enfermagem. *Rev Tecn Cien Enferm* 2006; 4(15): 91-6.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. V. 1.
- BRÊTAS JRS, OLIVEIRA JR, YAMAGUTI L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40 (4): 477-83.
- DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 25 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- DOMINGUES, G.R. et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 2-24, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- FERNANDES, M. E. N.; et al. A morte em Unidade de Terapia Intensiva: Percepções do enfermeiro. *Rev RENE*, Fortaleza, v.7, n.1, 43-51, 2006.
- FERNANDES, M.A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(9), 2589-2596. 2013.
- FRONZA, LP, et al. O tema da morte na escola: possibilidades de reflexão. *Barbarói*. 2015; (43):48-71.
- GASPERINI, P. RADÜNZ V. Cuidar de si mesmo: essencial para enfermeiros. *Rev Min Enferm* 2006; 10(1): 64-9.
- GÓIS, ARS; ABRÃO, FMS. O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 415 - 425, out. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15832>>. Acesso em: 26 set. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215832>.
- GONÇALVES, JR. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.
- GOSELIN, TK, et al. Measuring oncology nurses' psychosocial care practices and needs: results of an oncology nursing society Psychosocial Survey. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(6):729-37.
- GUTIERREZ, B. A. O; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 456-461, 2006.
- HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudo pesquisa e psicologia*, Rio de

- Janeiro, v. 9, n. 2, p. 480-492, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a14.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- IVO OP; PEDROSO KO. The process of death and dying: a vision of nursing students. *Id Online Rev Psic.* 2017 Feb;11(34):305-21. Doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i34.691>.
- KLÜSER, et al. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. *Rev RENE.* 2011;12(1):166-72.
- KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia, Ribeirão Preto*, v. 18, n. 41, p. 458-468. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004>. Acesso em: 26 set. 2019.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003.
- KOVÁCS, M. J. Educadores e a morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 71-81, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/08.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 4th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2016.
- KUSTER DK, BISOGNO SBG. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010.
- LACERDA, C. A. et al. O lidar com a morte em unidade de terapia intensiva: dificuldades relatadas por enfermeiros. *Revista ciência e desenvolvimento.* v. 9, n. 2. 2016.
- LEINA, J. R; ELTINK, C. F. A Visão do Graduando de Enfermagem Perante a Morte do Paciente. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde, Ribeirão Preto*, v. 29, n. 3, p. 176-82, 2011.
- LIMA, NAV, et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. *Rev Enferm UFSM.* 2013;3(2):276–86.
- LIMA, RS; COSTA JJA. The process of death and dying in nurses vision. *ReOnFacema* 2015. Acesso em: 26 set. 2019. 1(1):25-30. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13/8>.
- LOUREIRO, LMJ. Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Rev Enf Ref.* 2010. Acesso em: 26 set. 2019. 3(1):101-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln1/serlln1a11.pdf>.
- MACHADO NLM, et al. O enfermeiro diante da ocorrência de morte em ambiente de urgência e emergência. *CuidArte Enfermagem.* 12(1): 23-29. 2018.
- MARTINO MMF, MISKO MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2):161-7.
- MONDRAGÓN-SÁNCHEZ EJ, et al. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015. Acesso em: 26 set. 2019. 23(2):323-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200019.
- MORO, C. R.; et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: A ótica da equipe de Enfermagem. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 1, p. 48-57, 2010.
- MOTA, M.S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 32(1), 129-135. 2011.

- PAI, D.D. LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (1), 60-5. 2009.
- PETERS L, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J*. 2013; 7(1):14-21.
- PETERSON, A. A., & CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 692-697. 2011.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
- POLES, K; BALIZA, M. F; BOUSSO, R. S. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras. *R. Enferm. Cent. Oeste Mineiro*, v. 3, n. 3, p. 761-9, 2013.
- POLES, K; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 207-13, 2006.
- POPIM RC, BOEMER MR. O cuidar em oncologia: diretrizes e perspectivas. Botucatu: Editora UNESP; 2006.
- RIBEIRO, M. C; BARALDI, S; SILVA, M. J. P. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte". *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 32, n. 2, p. 117-23, 1998.
- SALIMENA, AMO, et al. Meaning of death of the surgical patient experienced by the nursing team. *Rev Enferm UFSM*. 2014 Sept;4(3):645-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211267>.
- SALOME, GM; CAVALI, A; ESPOSITO, VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>.
- SANTANA, J. et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Revista Bioética*, 21(2) 298-307. 2013.
- SANTOS, et al. A Enfermagem frente ao processo de morte: Revisão integrativa. INTERNATIONAL NURSING CONGRESS. 2019.
- SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n.9, p.2757-2768, 2013.
- SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-62, 2007.
- SILVA, A. L. L; RUIZ, E. M. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 15-25, 2003.
- SILVA, C. R. L. da; et al. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI. *Cienc Cuid Saude*, v. 3, n.15, p.474-481, 2016.
- SILVA, L.C.S.P., VALENÇA, C.N., & GERMANO, R.M. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(2), 238-242. 2010.
- SILVA, M.K.G., & ROCHA, S.S. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. *Revista Rene*. 12 (1), 97-103. 2011.
- SILVA, R. S; CAMPOS, A. R. S; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 3, n. 45, p. 738-44, 2011.

- SOUZA AM, MOURA DSC, CORRÊA VAC. implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: ciência e profissão*. 2009. Acesso em: 26 set. 2019. 29(3), 534-45. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932009000300008>.
- SOUZA, A. A; ALMEIDA, L. C. V. Reflexões da enfermagem sobre a morte e o morrer na oncologia. 2012. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena: UNIPAC, 2012. Disponível em: <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcceb646fe373aee920c2e3747d5eb7031.pdf> >. Acesso em: 26 set. 2019.
- SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100005&script=sci_arttext >. Acesso em: 03 set. 2009.
- SOUZA, L.F. et al. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Revista Escola de enfermagem USP*. 47(1), 30-37. 2013.
- SOUZA, M.C.S et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. *Enferm. Florianópolis*, v.26, n.4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400313&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.
- SOUZA, S. et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. *Enfermeira Global*. 2013. Acesso em: 26 set. 2019. 32:230-6. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf.
- TOMASSO, CS, BELTRAME IL, LUCCHETTI G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):156-68.
- VASQUES, T. C. S. et al. Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0021949. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00219>.
- VIEIRA, MA, SOUZA SJ, SENA RR. Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. *Rev Min Enferm* 2006; 10 (2):151-9.
- VIERO, MD, et al. O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2019.
- WONG P; REKER G, GESSER G. Death attitude profile revised: a multidimensional measure of attitude toward death. In: Neimeyer RA, editor. *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application*. Washington (DC): Taylor & Francis; 1994.
- ZHENG, RS. et al. Chinese oncology nurses experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):288-96. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>.
- ZORZO, J. C. C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

ZYGA, S. et al. Greek renal nurses attitudes towards death. J Ren Care. 2011; 37(2):100-7.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite):
10/10/2019.

**Data de disponibilização no site
(publicação): 10/11/2019.**

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

**A REALIDADE DO SISTEMA PÚBLICO DE ASSISTENCIA AO IDOSO: UM
PANORAMA PSICOSSOCIAL DA REGIÃO METROPOLITANA DE BRASÍLIA¹.**

***The Reality of the Public Assistance System for the Elderly: A Psychosocial
Overview of Brasilia Metropolitan Region.***

***La Realidad del Sistema de Asistencia Pública para Personas Mayores: Una Visión
Psicosocial de la Región Metropolitana de Brasilia.***

*Me. Beatriz Amália Albarello²
Elismar Telma de Souza³
Marcos da Silva A. Batista⁴*

Resumo

O serviço de atendimento à comunidade de idosos na região metropolitana de Ceilândia tem sido pauta de discussões sociais sobre a precariedade e falta de recursos públicos para atender o quantitativo da região. Neste panorama, investigou-se a realidade das instituições de longa permanência, de natureza pública, privada e institutos religiosos, a fim de verificar as ações preventivas e paliativas do sistema de atendimento físico, psíquico, social e emocional. Observou-se que os idosos dos serviços de longa permanência em instituições públicas apresentaram sentimentos contraditórios de bem-estar e sofrimento psíquico, em

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Mestre(a) em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Docente do Centro Universitário Instituto Superior de Brasília e da Universidade Católica de Brasília.

³ Discente em Psicologia do Centro Universitário Instituto Superior de Brasília.

⁴ Discente em Psicologia do Centro Universitário Instituto Superior de Brasília.

detrimento do sentimento de solidão e abandono pela ausência familiar em seu cotidiano e precariedade dos serviços ofertados. Em contrapartida, os idosos de instituições privadas e religiosas verbalizam o sentimento de vazio ocasionado pela convivência diária dos familiares, contudo as atividades recreativas e sociais os mantêm vivos e emocionalmente estável. Este trabalho é relevante para a comunidade idosa na compreensão dos gargalos sociais, no âmbito do direito legal do idoso, na garantia de direitos à moradia, alimentação e habitação. Objetivou-se apresentar um panorama da perspectiva prática das ações de acolhimento, recreação e repouso de idosos em situações de vulnerabilidade e risco social no contexto institucional, uma vez que o abandono familiar é uma das causas que afetam a saúde física e psicossocial, desencadeando doenças como ansiedade e depressão. Sob a ótica social, é fundamental a discussão das políticas públicas de assistência social, no que tange o serviço de atendimento à comunidade de idosos, tendo em vista que a população Brasileira está envelhecendo, e este tema tem sido negligenciado pelos órgãos responsáveis de saúde pública. Para a comunidade científica, o estudo é significativo como norteador de futuras pesquisas na área social. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória acerca do campo investigado.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Instituições de Longa Permanência. Idosos. Saúde. Bem-Estar psicossocial.

Abstract

The care service to the elderly community in the metropolitan region of Ceilândia has been the subject of social discussions about the precariousness and lack of public resources to meet the region's quantity. In this scenario, we investigated the reality of long-term public and private institutions and religious institutes, in order to verify the preventive and palliative actions of the physical, psychic, social and emotional care system. It was observed that the elderly of long-term services in public institutions had contradictory feelings of well-being and psychological distress, to the detriment of the feeling of loneliness and abandonment by the absence of family in their daily lives and precariousness of the services offered. In contrast, the elderly in private and religious institutions verbalize the feeling of emptiness caused by the daily living of family members, but the recreational and social activities keep them alive and emotionally stable. This work is relevant for the elderly community in understanding social bottlenecks, within the legal right of the elderly, in guaranteeing rights to housing, food and housing. The objective was to present an overview of the practical perspective of the actions of welcoming, recreation and rest of the elderly in situations of vulnerability and social risk in the institutional context, since family abandonment is one of the causes that affect physical and psychosocial health, triggering diseases like anxiety and depression. From the social point of view, the discussion of public social assistance policies regarding the care service to the elderly community is fundamental, given that the Brazilian population is aging, and this theme has been neglected by the responsible public health agencies. . For the scientific community, the study is significant as a guide for future research in the social area. It is a descriptive and exploratory research about the investigated field.

Keywords: Public policy. Long Term Institutions. Seniors. Health. Psychosocial well-being.

Resumen

El servicio de atención a la comunidad de ancianos en la región metropolitana de Ceilândia ha sido objeto de debates sociales sobre la precariedad y la falta de recursos públicos para satisfacer la cantidad de la región. En este escenario, investigamos la realidad de las instituciones públicas y privadas e institutos religiosos a largo plazo, a fin de verificar las acciones preventivas y paliativas del sistema de atención física, psíquica, social y emocional. Se observó que los ancianos de servicios a largo plazo en instituciones públicas tenían sentimientos contradictorios de bienestar y angustia psicológica, en detrimento del sentimiento de soledad y abandono por la ausencia de la familia en su vida cotidiana y la precariedad de los servicios ofrecidos. En contraste, los ancianos en instituciones privadas y religiosas verbalizan el sentimiento de vacío causado por la vida diaria de los miembros de la familia, pero las actividades recreativas y sociales los mantienen vivos y emocionalmente estables. Este trabajo es relevante para la comunidad de ancianos en la comprensión de los cuellos de botella sociales, dentro del derecho legal de los ancianos, en la garantía de los derechos a la vivienda, la alimentación y la vivienda. El objetivo fue presentar una visión general de la perspectiva práctica de las acciones de acogida, recreación y descanso de las personas mayores en situaciones de vulnerabilidad y riesgo social en el contexto institucional, ya que el abandono familiar es una de las causas que afectan la salud física y psicosocial, desencadenando enfermedades. como ansiedad y depresión. Desde el punto de vista social, la discusión de las políticas públicas de asistencia social con respecto al servicio de atención a la comunidad de ancianos es fundamental, dado que la población brasileña está envejeciendo, y este tema ha sido descuidado por las agencias responsables de salud pública. . Para la comunidad científica, el estudio es significativo como guía para futuras investigaciones en el área social. Es una investigación descriptiva y exploratoria sobre el campo investigado.

Palabras clave: Políticas públicas. Instituciones a largo plazo. Personas mayores Salud, bienestar psicosocial.

Introdução

O processo de envelhecimento é uma fase natural dos seres humanos, que em seu desenvolvimento traz consigo modificações biopsicossociais. É um processo inevitável do ser humano, e que infelizmente em muitas culturas é visto de maneira negativa, marcado pela deterioração do corpo, de perdas, doenças e pela perda da autonomia. De acordo com Freitas, Queiroz e Sousa (2010), o processo de envelhecimento deverá ser visto em conjunto, pois são modificações que não ocorrem somente no biológico, mas tem impacto social e cultural.

Entende-se que o envelhecimento cause um impacto demasiado no sujeito, enquanto ativo, autônomo, esse processo tende a trazer grandes modificações em estruturais com a rotina diária. Em muitas culturas, a terceira idade é vista com um olhar vazio, ou como um período triste, onde muitos idosos se sentem improdutivos ou até mesmos inválidos. Entende-se que essa etapa é um processo individual que possibilita ao indivíduo vive-la de maneira positiva em muitos aspectos, já que o

envelhecer não significa ausência saúde no contexto geral do desenvolvimento (DAWALIBI et. al., 2013).

Um dos fatores para que a população idosa esteja crescendo é que a expectativa de vida aumentou. A população idosa cresce de maneira significativa a cada ano, de acordo com dados do IBGE verificados no ano de 2017, a população brasileira teve um aumento de 30,2 milhões de idosos, superando os números que se mantinham em 2012 de 4,8 milhões de idosos. De acordo com dados do IBGE (revisão 2018).

O número de idosos no DF no ano de 2060 será a segunda maior dentre as 27 unidades da Federação. Entretanto de acordo com a mesma pesquisa, apesar do crescimento da população idosa, o número de fecundidade tende a diminuir. Com o envelhecimento crescente de parte da população e famílias com menos filhos, é preciso ampliar o olhar para políticas públicas e cuidados de longa duração. Segundo Camarano e Kanso (2010), é possível afirmar que são necessários aumentos nos investimentos direcionados às pessoas da terceira idade, investimentos que excedam a aposentadoria e todos os direitos conquistados para melhorar a condição e qualidade de vida. A legislação brasileira afirma que seja de responsabilidade da família os cuidados com pessoas idosas, mas a realidade se torna outra, pois muitas famílias possuem uma rotina totalmente diferente de um idoso, com crianças pequenas, empregos, cursos/faculdade etc.

Atualmente no Brasil, existem instituições de longa permanência para atender a população idosa, sendo originado de abrigos e asilos. Estas podem ser instituições governamentais com caráter residencial que se destinam a domicílio coletivo de comunidade idosa, com idade superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar. A proposta inicial destes modelos de domicílios era atender e abrigar pessoas em situações de rua ou de baixa renda. Na outra ponta, existem instituições não governamentais, que oferecem serviços de abrigo ou repouso em entidades cristã e, ainda, instituições de caráter privado, que oferecem serviços de longa permanência para acolhimento psicossocial. Neste último caso, em sua maioria, o atendimento ofertado é cobrado e os idosos são agregados voluntariamente em consonância com a decisão familiar. (BENTES, PEDROSO & MACIEL, 2012).

No que tange as instituições não governamentais, existem institutos de caridade cristã ou privada que não substituem as políticas públicas voltadas para as comunidades carentes. Ainda que o processo de envelhecimento seja uma etapa de maiores cuidados, as Instituições de Longa Permanência fornecem uma assistência além de cunho social, mas de uma rede assistencial em saúde (CAMARANO & BARBOSA, 2016). Muitas dessas instituições de longa permanência não são instituições governamentais, a qual muitas cobram taxas altíssimas, com valores inacessíveis para uma população que necessita de cuidados paliativos. Ainda de acordo com o estatuto do idosos os valores facultados não podem exceder a 70% dos benefícios previdenciários do idoso; e conforme dados do Correios Brasileiros (2010) são poucas dessas entidades que possuem convênios ou parcerias com a SEDEST (Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda), dificultando a admissão de idosos que aguardam um lugar para morar. Em 2010 os números de idosos abrigados eram de 561, sendo mais da metade em entidades filantrópicas conveniadas à SEDEST.

O Cuidado Físico, Psicossocial e Emocional de Idosos em Instituições de Longa Permanência.

As pessoas estão vivendo mais comparada há duas décadas, a população de idosos cresceu por motivo de queda na mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos (IBGE, 2010). Por esse motivo é preciso melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, tendo em vista que um dos principais problemas nessa fase é a solidão que acomete o idoso com vários problemas de saúde.

De acordo com Dra. Margaret Chan⁵ Ex-Diretora-geral Organização Mundial da Saúde (OMS) O envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. (TEIXEIRA &ORG. 1998).

Segundo Stella e Orgs. (2002), o envelhecimento causa vulnerabilidade significativa como perda de funcionalidades progressivas, aumento da incidência de doenças, a pele é o órgão onde são mais perceptíveis os efeitos do tempo. Nessa fase ocorre o enfraquecimento dos ossos e músculos, há diminuição no olfato, paladar, audição e a visão se torna comprometida. Dentro das alterações de comportamento a demência é uma alteração que modifica o desempenho podendo levar a depressão, confusão mental e a dificuldade de realizar tarefas do dia a dia. Um dos principais sintomas da demência é a perda da memória. Outras doenças como Alzheimer, mal de Parkinson são fatores significantes que comprometem a vida dos idosos.

Para Mazza e Lefevre (2004), as famílias não querem assumir os cuidados com os idosos muitas vezes por conta do trabalho ou pelo fato de se sentirem incapazes de ofertar esse cuidado, os idosos passam a ser mais dependentes demandando atenção integral. Geralmente o cuidador familiar exerce suas atividades sozinhas não tendo ajuda. É chamado de cuidador primário porque tem a responsabilidade total do cuidado. Em Freitas et, al (2010) com a progressiva diminuição do tamanho das famílias, os familiares ficam impossibilitados de prestar assistência necessária a seus idosos, pois necessitam trabalhar, não podendo dar atenção em tempo integral que o caso exige. Nesse contexto as casas de repouso/asilos tornam-se o único recurso para os cuidados dos idosos.

De acordo com a história contemporânea, de acordo com Bentes, Pedroso e Maciel (2012) os asilos eram instituições que serviam de amparo ao idoso, tendo originado pela iniciativa de instituições religiosas ofertando acolhimento às pessoas em condição de pobreza e/ou abandono familiar, tendo a finalidade de oferecer moradia, alimentação e habitação. A maioria das pessoas que atuavam na acolhida era religiosos ligados ao catolicismo. O fornecimento de recursos era motivado por líderes, que não conviviam com os idosos internados. Havia idosos abandonados pela família ou idosos que não tinham parentes e necessitavam de cuidados

⁵ Médica chinesa, ex-diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS).

especiais. Portanto, como não havia uma instituição que as assumisse, eram colocadas nos asilos. Anteriormente os asilos exerciam a função de internação dos idosos, sem pensar nas necessidades e o fortalecimento dos vínculos familiares, naquele período não havia um olhar crítico para essas questões.

Com o aumento da população de idosos que é fato real nos dias de hoje, sob a ótica das modificações culturais, sociais e familiares; tornou-se cada vez mais distante o amparo da família com cuidados aos idosos, mesmos sendo previsto em lei que o cuidado dos idosos seja responsabilidade da família. De acordo com o artigo 3.º do Estatuto do Idoso, Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A partir da constituição de 1988 o idoso passou a ser parte das ações do Estado com o dever de oferecer assistência aos idosos, implementando políticas públicas. A Constituição garante o direito universal e integral à saúde que foi validado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). As políticas públicas de saúde têm por prática garantir atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

Diante da realidade atual, várias famílias apelam a Instituições de Longa Permanência de Idosos, para que fiquem a cargo com os cuidados dos idosos. Hoje os asilos são chamados de ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso), com uma nova organização de moradia para idosos. ILPI é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº283 (Brasil, 2005) como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania, conforme o Estatuto do Idoso 10741 de outubro de 2003 art. 1º. (CASTRO&DUARTE, 2008).

As Instituições de Longa Permanência têm como função acolher e acompanhar o idoso no seu cotidiano durante seu processo de envelhecimento. A Instituição passa a ser sua família. A Instituição de Longa Permanência colabora para o acolhimento e assistência à pessoa idosa, por outro lado impossibilita o contato social fora da instituição, rompe vínculos familiares. As rotinas do ambiente são severas, não possibilitam o idoso a pensar, agir e ter um comportamento com possibilidades de transformação na qualidade de vida.

Para atender essa demanda houve o surgimento de novos modelos como os serviços de creche para idosos ou Instituições de Curta Permanência para Idoso ou Centros Dia de Idosos, instituições onde não há pernoite. Em Gouvêa e Bertolini (2014) estas instituições têm como objetivo o amparo durante um ou dois turnos, período onde a família não consegue dar atenção e suporte necessário para o idoso, contudo, a creche para idosos tem como finalidade manter os laços familiares no seu cotidiano. Prioriza socialização com outras pessoas e participa de várias atividades oferecidas pela creche.

Dentro desses espaços os idosos têm um acompanhamento por profissionais especializados que atendem as necessidades da população, mantem ativos, buscando tanto a questão física com a saúde mental.

A proposta deste estudo foi analisar o contexto de inclusão de longa permanência, repouso e/ou acolhimento de instituições públicas e privadas da região de Ceilândia/DF, considerada pelo IBGE a mais populosa do DF, por sua diversidade e pelo pouco investimento do governo em relação as pessoas idosas. Segundo os dados da PDAD (Pesquisa Distrital por Amostra de domicílios) 2015, realizada pela CODEPLAN (Companhia de Planejamento do Distrito Federal) a população urbana estimada da RA (Região Administrativa) Ceilândia (DF) é de 489.351. Do total de habitantes, 46,17% estão na faixa etária de 25 a 59 anos, os idosos, acima de 60 anos, são 16,90%. A população de zero a 14 anos totaliza 20,80%. Destaca-se que nos setores Pôr do Sol e Sol Nascente, o percentual de crianças é mais expressivo, 27,84% e o de idosos menor, 5,69%.

Por ser um processo que envolve diversas mudanças psicológicas, cognitivas e físicas, é necessário identificar como esses idosos se adaptam a um novo ambiente com cuidados e moradia coletiva. Ainda que seja visível a necessidade de políticas públicas que atenda de maneira humanizada e de direito para essa comunidade.

Esse trabalho obteve como objetivo compreender os aspectos físicos e subjetivos o contexto de vivencias, socialização, cuidado e serviços ofertados aos idosos em condições de internação em instituições de Longa Permanência na cidade de Ceilândia/DF com intuito de analisar qual o sentimento dos idosos, no que tange aspectos de bem-estar físico e emocional.

Discussão

Foram realizadas visitas em instituições governamentais e não governamentais da região metropolitana de Ceilândia. Foi observado que os usuários das instituições possuem em sua maioria idade entre 60 (sessenta) a 70 (setenta) anos, do sexo feminino, viúvas, alfabetizados, religiosos cristãos não participantes, em detrimento da dificuldade de deslocamento; e em sua totalidade possuem parentes vivos (filhos, noras, genros) que os visitam com frequência. Sua inserção ao abrigo foi involuntária, isto é, a família que decidiu encaminhá-los à instituição de longa permanência, tendo em vista a dificuldade do cuidado dos familiares. Apesar da variável involuntária de adesão ao sistema, os idosos avaliam a instituição com boas condições físicas, sendo um excelente local de convivência e cuidado.

Foi analisado no estudo que os idosos em situação de precariedade e risco, bem como em condições sociais e econômicas desfavorável, melhora sua qualidade de vida e bem-estar quando convivem em instituições não governamentais de caráter religioso, pois recebem acolhimento e amparo social em abrigos ou casa de repouso. Entretanto, estes usuários não gozam de boa saúde, pois não recebem cuidados médicos em decorrência do ambiente precário, acarretando sofrimento físico e emocional. No caso de instituições governamentais e privadas, o cenário é outro. Na primeira, o panorama é de abandono social, financeiro e cuidados familiares. Na instituição privada, os idosos sentem-se bem

acolhidos pela equipe médica e de cuidados básicos, de atendimento psicossocial e recreativo. Entretanto, avaliam o abandono familiar e a solidão como uma variável significativa que gera sofrimento.

Todas as instituições analisadas ofertam atividades como ginástica laboral, recreação em pátios e banho de sol. A maioria dos usuários participam dessas atividades e relatam preferência em encontros de idosos. No serviço privado, as práticas laborais citadas foram ginástica, fisioterapia e aulas de dança, momento onde acontece maior interação entre os usuários ocorrendo troca de experiências; gostam também dos encontros em festas de idosos que ocorrem com frequência se comparado ao sistema público, favorecendo oportunidades de laços afetivos e de amizade, companheirismo, aumentando desta maneira sua autoestima. Em todas as instituições, os usuários ocupam seu tempo conversando, assistindo televisão, ouvindo rádio ou músicas, cada grupo e suas condições e realidade. No sistema de abrigo público ou instituições cristãs, os usuários participam de atividades domésticas como alternativa de colaboração e atividade laboral.

Em ambos os cenários, foi identificado que a preocupação dos idosos não é com sua condição física, isto é, eles não se preocupam com sua saúde. As estratégias paliativas não reduzem seu sofrimento físico por causa das doenças acometidas pela idade. O que traz qualidade de vida e bem-estar são suas relações afetivas e sociais, fragilizadas pela solidão e abandono familiar, gerando preocupação sobre o desamparo dos parentes e dificuldades de locomoção para modificar sua rotina e melhorar seu emocional. A única alternativa para enfrentamento desta realidade é a afiliação e estreitamento de laços afetivos no ambiente de convivência com companheiros, amigos e parceiros de festas ou conversas.

Considerações Finais

Diante deste panorama precário e investimentos insuficientes pelas entidades públicas, no qual o sistema não atende à demanda de toda a comunidade de idosos da região metropolitana de Brasília, se faz necessário criar estratégias de políticas públicas para mitigar as problemáticas ocasionadas por essa realidade social de desamparo, abandono e descaso do poder público com pessoas que contribuíram significativamente para o crescimento e desenvolvimento do Distrito Federal, cada um sua época e habilidades.

Se considerarmos o crescimento desenfreado e desestruturado da região de Ceilândia, podemos destacar que a precariedade dos serviços não favorece o bem-estar e a qualidade de vida destes usuários. Pelo contrário, provoca mais dor, descontentamento, revolta e tristeza ocasionando doenças psíquicas como depressão e ansiedade, em detrimento do contexto de repouso e/ou abrigo. Neste caso, o abandono familiar acentua o sofrimento e provoca mais dor e ideação suicida.

Para atenuar este cenário, o governo procura receber estes idosos nos modelos de acolhimento, através serviços de “creche” para idosos ou Instituições de Curta Permanência para Idosos ou Centros Dia de Acolhimento para Idosos, sendo instituições que não contempla o programa de pernoite ou repouso.

Em todo o caso, essas propostas são ações paliativas e não preventivas de bem-estar social. No geral, os usuários dos serviços ofertados pelo Governo apresentam narrativas sobre o descaso com a população idosa, que se sente improdutiva, desvalorizada, desqualificada e insignificante em todos os contextos, como familiar, geográfico, laboral e social.

Referências

BENTES, A. C. O.; PEDROSO, J. S.; MACIEL, C. A. B. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 196-205, dez. 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, June 2010.

CAMARANO, A.A& BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para idosos no Brasil: do que se está falando? *In* ALCANTARA, A.O.; CAMARO, A.A; GIACOMIN, K. C. ET AL. **Política Nacional do Idoso: Velhas e Novas Questões**. Revista eletrônica *online*. Capítulo 20. Pp. 479-514. Rio de Janeiro, 2016.

CASTRO, A.L.S. & DUARTE, Y.M. **Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)**. Brasília 2008.

DAWALIBI, N. W. *et al*. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, Sept. 2013.

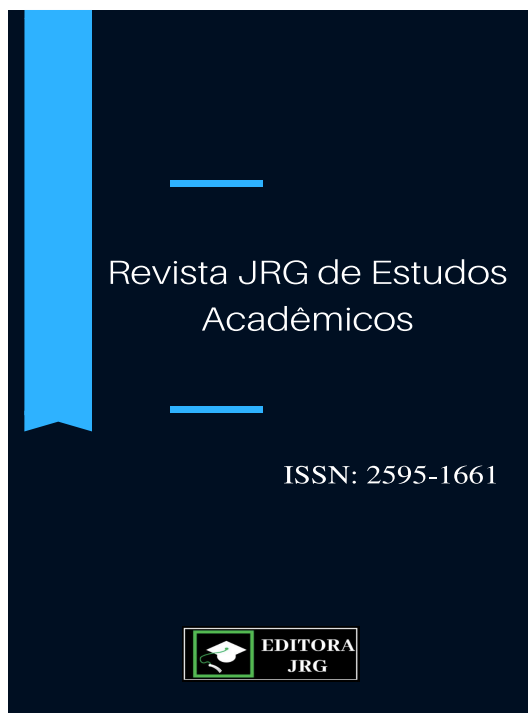
FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, June 2010.

GOUVÊA J.A.G. & BERTOLINI, S.M.M.G **IDOSOS de instituições de Curta Permanência: Perfil e influência da dança sênior nos parâmetros emocionais, motores e domínios de qualidade de vida**. 119fls dissertação (mestrado em promoção da saúde) - Centro Universitário Cesumar. Maringá, 2014.

MAZZA, M.P.R & LEFEVRE, F. **A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso**. Saúde soc. [*online*]. *SciELO*. vol.13, n.3, pp.68-77. São Paulo/SP: 2004

STELLA, F; Gobbi, S; Corazza D. I., & Costa, J. R. **Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Motriz, Rio Claro/RJ, 91-98. 2002.

TEIXEIRA, L; Anderson, M.P; Assis, M.d. Pachc, L.C; Silva, E.A; Menezes, I.S;
Motta, L. **Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade.** Textos
Envelhecimento v.1 n.1 Rio de Janeiro nov. 1998.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS DA PSICOLOGIA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PSICOLOGIA CONTEMPORÂNEA¹.

Perspectivas Epistemológicas de la Psicología: Antecedentes Históricos y Filosóficos y Contribuciones a la Psicología Contemporánea

*Me. Beatriz Amália Albarello²
Dr. Ricardo Vasquez Mota³*

Resumo

O artigo tematiza o processo de constituição da psicologia como ciência moderna, buscando discutir as teorias filosóficas e os antecedentes históricos que atravessaram o surgimento dessa ciência. Tem como objetivo investigar de que forma a psicologia concebeu-se enquanto ciência empírica e postulou seu objeto de estudo, considerando o momento histórico de emergência de uma noção de interioridade da experiência subjetiva privada, que passa a ser metodologicamente explorada. A argumentação explora o contraste entre as perspectivas racionalistas, empiristas e construtivistas, identificando os modelos teórico-explicativos do psiquismo.

Palavras-chave: História da Psicologia; Ciência Psicológica; Racionalismo; Empirismo; Construtivismo.

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutoranda do *Stricto Sensu* em Psicologia na Universidade Católica de Brasília. Docente no Centro Universitário IESB e na Universidade Católica de Brasília.

³ Doutor em Neurociências do Comportamento pela Universidade de Brasília e docente no Centro Universitário IESB.

Abstract

The article discusses the processes of constitution of psychology as a modern science, seeking to discuss the philosophical theories and historical antecedents that cross or emergence of science. It aims to investigate how psychology was conceived as an empirical science and postulates its object of study, considering the historical moment of emergence of a notion of interiority of private subjective experience, which is now methodologically explored. The argument explores or contrasts the rationalists, empiricists and constructivists perspectives, identifying the theoretical-explanatory models of psychism.

Keywords: History of Psychology; Psychological Science; Rationalism; Empiricism; Constructivism.

Resumen

El artículo discute el proceso de constitución de la psicología como ciencia moderna, buscando discutir las teorías filosóficas y los antecedentes históricos que cruzaron el surgimiento de esta ciencia. Su objetivo es investigar cómo la psicología fue concebida como una ciencia empírica y postuló su objeto de estudio, considerando el momento histórico de surgimiento de una noción de interioridad de la experiencia subjetiva privada, que ahora se explora metodológicamente. El argumento explora el contraste entre las perspectivas racionalistas, empirista y constructivista, identificando los modelos teórico-explicativos de la psique.

Palabras Clave: Historia de la Psicología; Ciência Psicológica; Racionalismo; Empirismo; Constructivismo.

Introdução

A modernidade inaugura uma visão diferenciada sobre a realidade, instituindo uma separação dos processos físicos e psicológicos. Em Figueiredo e Santi (2008), a crise de valores relaciona-se tanto aos aspectos da religião, com a contestação do sistema de valores heliocêntricos, quanto à separação entre homem e natureza, entre sujeito e objeto, entre mente e realidade. Aqui há uma contestação ao pacto de aliança entre homem e natureza, das referências sociais sobre a existência humana e sua influência sob a ótica do determinismo religioso. No Iluminismo e Romantismo, a influência religiosa torna-se fragmentada em conhecimento secular e moral secular. Cabe enfatizar que o conhecimento e a lógica moral divina, antes centralidade na percepção de mundo, tornam-se controversos acerca da existência humana. A categoria sujeito vai se constituindo com o fundamento do conhecimento, que não compreende mais as crenças religiosas e as influências sobrenaturais. A crise de valores provoca transformação na forma de compreender este indivíduo, que enquanto sujeito, tem um papel fundamental no processo investigativo acerca da subjetividade. Assim, a subjetividade privatizada tem um nascimento, como objeto de estudo da psicologia, sob a ótica racionalista.

Na modernidade, a psicologia surge como ciência com a adoção do método científico, no qual medir e quantificar são compromisso metodológico. A psicologia estabelece para si a meta de modelizar a subjetividade, buscando a

lei geral de seu funcionamento, a *psico-lógica* da subjetividade ou lógica da psiqué. A proposta é estabelecer a teoria de um funcionamento na subjetividade, evidenciando a regra à qual tal funcionamento está submetido (PASSOS, 1992).

A proposta desta revisão literária é analisar as raízes históricas desta noção de interior da experiência privada que tem sido explorada metodologicamente por vários cientistas da subjetividade, por meio de uma análise crítica de seus constructos teóricos e metodológicos, contrapondo os métodos de investigação racionalista e empirista, com os modelos científicos da Psicologia Moderna.

A categoria de sujeito da filosofia racionalista

Desde o renascimento, com o advento das teorias racionalistas, a filosofia contribuiu significativamente para o surgimento da psicologia enquanto ciência autônoma ao considerar a categoria de sujeito. Uma contribuição significativa foi de **René Descartes**(1596-1650), ao afirmar que a alma era provida de razão, uma substância pensante, que tinha o poder de dirigir e alterar o rumo mecânico dos acontecimentos. Descartes é normativo ao considerar que a mente age sobre o corpo e sofre influência do corpo através da sensação, emoção e ação. Com esta visão de homem, na modernidade, nos deparamos com a separação entre homem e natureza, entre sujeito e objeto, entre mente e realidade. Entretanto, quando nos remetemos aos pressupostos teóricos da psicologia moderna, não podemos desconsiderar este constructo que advém das crenças dualistas entre mente e corpo proposto pelos racionalistas. Entretanto, cabe ressaltar que, ao considerar a subjetividade interiorizada, os precursores teóricos desta linha desconsideram o contexto social como agente influenciador destes processos (HEIDBREDE, 1981).

Na corrente empirista, é importante mencionar a proposição de **John Locke**(1632-1704)segundo a qual todo o conhecimento é derivado de uma única fonte: a experiência. Esta é marcada por dois polos: a sensação (objetos sensíveis ao mundo exterior) e a reflexão (percepção das funções de nossa própria mente). Desta forma, ele refuta a existência de ideias inatas ou abstratas. Nasce então a explicação do conhecimento de qualidade primária (movimento, forma, solidez, e número que existem no objeto em si) e formas secundárias (cores, sons, sabores que dependem do aparelho sensorial do organismo). Por sua vez, **David Hume** (1711-1716) influenciou diversos campos do conhecimento ao fazer uma crítica do *eu*, colocando em dúvida a existência do eu pensante como princípio de causalidade. Ao examinar o *eu*, nada encontra senão percepções isoladas, ou seja, nada que corresponda ao *eu* que os filósofos descrevem como uma substância simples que persiste através de toda transformação. As ideias de causa contêm a ideia da conexão necessária, porém quando ele procura ligá-la de novo com as experiências das quais ela possivelmente provém, nada encontra de ideia de necessidade, apenas contiguidade e sucessão. Sua crítica aos modelos filosóficos é de que a ideia de causalidade nunca é encontrada na experiência, isto é, não possui validade objetiva. É produzida na mente e não descoberta no objeto. O único parâmetro para o estabelecimento da causalidade seria a estabilidade que a associação causal encontrasse na realidade. A realidade é, assim, o fundamento do conhecimento (MONTEIRO, 2000; CHIBENI, 2006)

Uma crítica feita por Danziger (1990) era que Locke apelou para aspectos de sua experiência no estudo da autoconsciência sem analisar a metodologia. A

filosofia mental de Locke era encontrar alguma identidade entre seu objeto e objetivo. Ele estava interessado em parar a teoria empirista do conhecimento e fazer uma teoria do funcionamento mental. Mas ele não distinguiu o problema da psicologia com a mente como causa natural do mundo na constituição do conhecimento. Nesta ótica, a filosofia da mente era baseada na evidência do reflexo, mas a filosofia tradicional não faz esta definição. Essa distinção entre mente e experiência traz o conflito entre o empirismo e o racionalismo. Contudo, a transposição da psicologia racionalista para a psicologia empirista não foi o suficiente para constitui-la como uma ciência autônoma.

Ao final do Século XVIII, precisamente em 1786, o empirismo crítico surge quando **Immanuel Kant** (1724-1804) rompe com a metafísica dogmática afirmando que o conhecimento direto do mundo e da alma é impossível, ao criticar a razão pura como fonte de conhecimento. Ele defende que todo e qualquer conhecimento passa primeiro pela experiência. Kant, ao mesmo tempo que afirmava o papel do intelecto na experiência, declara que este era válido somente dentro do campo da experiência, e que todo conhecimento que pretendesse transcender a mesma, ser absoluto e de certeza final, não tinha fundamento. Ele afirma então que somente o conhecimento empírico pode ser adquirido. Desta forma, nasce a experiência subjetiva, que nada mais é que uma ciência do psiquismo. A psicologia empírica de Kant permite uma analogia a um método científico, a partir do pressuposto da cientificidade do objeto de estudo, tendo em vista que Kant situou-se no campo da experiência, dos fenômenos do sentido interno. Neste marco histórico, a psicologia deixa de ser disciplina metafísica para torna-se empírica, abrindo caminho para a psicologia experimental. Entretanto, Kant faz uma série de críticas à psicologia empírica como ciência. Em seu Veto Kantiano, ele critica a ausência de objetividade na definição de seu elemento ou objeto de estudo; ausência de objetividade em seu método de investigação; e ausência de quantificação. Desta maneira, surge o conceito positivismo enquanto doutrina que afirma que o único conhecimento autêntico e válido deve ser público, empírico e quantificável. FERREIRA (2005).

Segundo Danziger (1990) Kant teve uma forma diferente de ver como a mente era presente para a subjetividade da autoconsciência e os princípios gerais em termos em que a vida é organizada. Kant teve razão para acreditar que os dados da sensação interna poderia sempre resistir a matematização, então ele compartilhou que a psicologia nunca seria uma ciência verdadeira. Desta forma, o método introspectivo contribuiu para o mundo, para a história da psicologia antes da ambiguidade. Tal revolução é uma resposta ao antagonismo presente nas proposições elaboradas pelos racionalistas, que eram analíticas a priori, e nas elaborações pelos empiristas, sintéticas *aposteriori*. Ele separou filosofia para um tipo de mente, na ótica da consistência racional da ciência. Com a introspecção ele teve uma produção do caminho do tratamento matemático, mas não foi feliz com o objeto científico. Kant examina a consciência do indivíduo limitado ao resultado do contexto filosófico científico. Sua filosofística limitaria em torno do conhecimento empírico.

Em síntese, o problema da introspecção era a discussão do método ser um projeto coletivo, que era colocado no contexto de objetivos cognitivos e compartilhamento social. O método não era idiossincrático. Havia uma sociedade social de significados que determinava a forma da prática da introspecção. A crença existente do objeto, a palavra privada da experiência interna era condição significativa da discussão da introspecção como método.

Mas Kant não propôs um caminho certo para falar sobre a experiência humana, um sistema de divisão entre a experiência de vida. Para ele, a relação de várias ciências constituiu vários campos de estudo com elementos metodológicos. Ele contribuiu para alguns termos como a introspecção, matematização e experimentação. DANZIGER (1990).

Outras gerações como o fisiologista **Müller** (1801-1858) usou o método experimental como Raymond (1818-1896). Em 1826 o fisiologista **Müller** apresenta a teoria das energias nervosas, contribuindo para o estudo das sensações (ideias ou impressões) e variações de energias nervosas. Surge então um papel relevante dos fisiologistas para a concepção da psicologia moderna. Cabe ressaltar que, enquanto constructo teórico e metodológico, sua teoria forneceu uma base da moderna fisiologia nervosa ao conceber os nervos não mais como dutos de uma matéria sutil, mas de energias nervosas específicas. Desse modo, a sensação passou a ser definida como elemento preciso, passível de observação, controle e quantificação. Sendo assim, a sensação veio a ser utilizada como elemento para a construção de uma possível psicologia, pois ela liga a) o mundo físico que estimula os sentidos; b) o fisiológico, uma vez que energias nervosas estão ligadas aos nervos e c) o psicológico, uma vez que a sensação seria a base de nossas representações. Os fisiologistas se inspiraram em Wundt. Eles estudavam as funções das estruturas da anatomia da organização. Seu objeto de investigação muda o método. O funcionamento não era visto como propriedades únicas visíveis da anatomia, mas um objeto abstrato de investigação que envolvia vários organismos e processos, um objeto abstrato de investigação que envolvia vários organismos de processos invisíveis. As estruturas estavam agora subordinadas às funções gerais que envolviam a interação de muitos organismos e sistemas. A sistemática usada na experimentação garantia a predominância da perspectiva funcional para um único tipo de questão que era perguntado e respondido sem a estrutura investigativa da questão funcional. A psicologia considerava o contexto fisiológico e a influência no desenvolvimento psicológico. A experiência sensorial como contexto da função tornou-se depois um objeto da psicologia. A função depende dos aspectos de experiência sensorial na condição de estímulo, como a intensidade, localização espacial, e a duração temporal. Isso tornou um tipo de investigação psicológica experimental e mostrou o maior contexto empírico de textos por muitos anos depois. O modelo dos fisiologistas experimentais levou a uma nova disciplina na escolha de pesquisa para estudos da estrutura funcional. Ao final do século XIX, os empiristas e os fisiologistas chegam a um ponto em comum. Enquanto os empiristas acreditam nos elementos constituintes da mente humana e as leis que governariam a associação entre esses elementos; os fisiologistas chegam a compreensão do funcionamento dos sentidos humanos por meio do método experimental.

É interessante observar que entre o final do século XIX, alguns filósofos e fisiologistas deste período já poderiam ser considerados psicólogos, se não fosse a adoção do método experimental. Entretanto, a fundação de uma psicologia requer mais que a pesquisa e o interesse de determinado assunto. Todo o conhecimento é institucionalizante. Não é internalizado entre uma mente real e o mundo. Existe uma relação entre um grupo com a experiência desta espécie, com o fazer, existe uma lacuna entre teoria e experiência. O cientista não chega a uma conclusão que qualquer teoria é válida e verdadeira, sem a utilização do método experimental. Entretanto, o método experimental é

diferente do método científico. Antes de Wundt, já existiam vários tipos de experimentação, que teve contribuição nas raízes históricas da psicologia. O termo psicologia experimental refere-se a forma específica de uma história da psicologia.

Ao final do século XIX, **Wilhelm Wundt** (1832-1920) propõe uma reforma conceitual e metodológica da psicologia. Ele fundou o primeiro laboratório experimental de Psicologia do mundo (1879) na universidade de Leipzig para poder usar a condução do método experimental. O primeiro laboratório de Psicologia experimental marca na história o estabelecimento da Psicologia como ciência, ao permitir isolar certas variáveis, manipular dentro de certos limites alguns dos seus fatores e, medir de forma precisa e quantitativa as respostas dos sujeitos. Desta forma, Wundt faz um “ataque” a Psicologia metafísica (ciência da alma) ao propor a utilização de seu objeto de estudo a experiência imediata. Assim, a consciência torna-se seu objeto de investigação ao propor métodos de análise a utilização do experimento por meio da interferência proposital do pesquisador e a observação, ou seja, a apreensão de fenômenos e objetos sem qualquer interferência do observador. Em sua narrativa, um sujeito sozinho constitui um campo da Psicologia como um todo. Ele considera a percepção e as sensações um meio para acessar o fenômeno consciente. Com o modelo analítico da introspecção, seu método utiliza uma versão experimental da consciência, ou seja, uma função unificadora das sensações.

Para uma nova disciplina, elementos como observação, o controle e a quantificação não eram mais o suficiente. Mais do que elaboração de ideias e associação de elementos, era necessário a formação de um grupo de trabalho com linhas de pesquisa e métodos bem delineados, com rigor metodológico, quantificação e mensuração dos dados observados e analisados; bem como um local para a realização dessas pesquisas e um meio para a divulgação das novas ideias.

Segundo Danziger (1990) Wundt baseou-se em seus estudos experimentais uma prática de pesquisa experimental que havia crescido recentemente na fisiologia. Suas preposições se aplicavam na produção de diferentes objetos de investigação, onde esse objeto era endereçado pela psicologia experimental. Historicamente, a ideia de objeto de investigação estava associada à prática da introspecção. Mas Wundt está longe de alcançar o rigor científico, ao utilizar uma versão empírica, experimental da consciência. Sua lógica psíquica está para além da estrutura, e sim definição de regras do pensamento psíquico, isto é, um modelo analítico do funcionamento psiquismo.

Essa ideia é arbitrária se considerarmos todas as datas das disciplinas. Essa arbitrariedade é em decorrência da rivalidade das reivindicações de outras localizações ou individualidades que originaram os fatos do nascimento da disciplina não como uma singularidade eventual, mas um processo complexo estendido ao considerar outros períodos. A psicologia tem um período relevante antes desta data. DANZIGER (1990).

Se analisarmos a conjuntura sócio histórica das raízes da Psicologia, até o início do século XX, não havia uma sistemática nas teorias filosóficas e discussões sobre o homem, isto é, não havia uma separação no campo do saber. Isso posto, o modelo científico da Psicologia Moderna é o compromisso de fazer coletivo, por meio do experimentalismo. Desta forma, a lógica da Psique vai além do método analítico dos elementos da percepção e sensações fisiológicas.

Danziger (1990) analisa que antes a experimentação era puramente uma atividade cognitiva. Essa abordagem ignora o ponto crucial sobre a moderna experimentação científica, pois não se acessa a atividade privada. Os processos são secretos, mas a técnica para a produção social passa por um consenso sobre os fatos. Os cientistas experimentais supõem que para lidar com o fenômeno, que são o principal acesso para a produção, deveria ser replicado por outros cientistas ou pesquisadores com treinamento e material necessário. O sucesso do programa dos cientistas experimentais vem da comunidade de investigação que concordam com a veracidade da observação porque eles compartilham suas replicações ou explicam as informações. Existe uma convenção do fenômeno. A ciência não é uma questão cognitiva, mas um arranjo social.

Em suma, a crítica a Wundt entre a formação e a disciplina experimental era que seus textos não foram publicados para a contestação. A organização de aspectos do trabalho de pesquisa no laboratório de Leipzig o fez compartilhar o tédio de muitas características das investigações, especialmente os psicologistas. O problema é que não havia separação entre o experimento e o objeto da psicologia experimental. De qualquer forma, as implicações dessa mudança foram extremamente abrangentes, pois demonstraram que a natureza do objeto da investigação psicológica estava ligada à estrutura.

O movimento funcionalista em Psicologia é caracterizado como uma proposta da interpretação dos fenômenos psicológicos derivada do pragmatismo. Descrita como um protesto contra a psicologia da consciência defendida por Wundt, voltada para o estudo da estrutura da mente, a perspectiva funcionalista focaliza ao funcionamento da mente e seu papel na adaptação do organismo ao ambiente. Assim, as funções mentais são tratadas como totalidades em ação, e busca-se aplica-las em termos de suas finalidades no processo de adaptação (SCHULTZ; SCHULTZ, 2000).

Não podemos negar que o programa de Wundt buscava estudar uma visão idiossincrática do homem, algo que os fisiologistas e filósofos consideravam irrelevante para o conhecimento e suas prescrições metodológicas contribuíram para a ciência experimental. Contudo, Wundt estava longe de propor um método científico passível de observação e quantificação. Isso veio a ocorrer *a posteriori* com o advento da Psicologia Americana, ao qual produziu uma perspectiva de padronização e mensuração dos processos investigativos. Com o advento da moderna Psicologia científica proposto por Wundt, o behaviorismo clássico surgiu em oposição ao mentalismo e à introspecção. O precursor desta Psicologia *Behaviorista* foi John Watson (1878-1958) no qual argumentava que qualquer observador pode mensurar objetivamente o comportamento público observável, justamente porque diferente dos processos cognitivos, que são privados, o comportamento é público. Desta maneira, ele busca a cientificidade em seu método investigativo, denominado por ele de “experimentos” psicológicos, estudando o comportamento publicamente observável e a adequação ao método científico, considerando que a relação estímulo e resposta (S-R) poderia condicionar uma resposta incondicionada (reflexos) a uma resposta condicionada. O termo reflexo psíquico foi utilizado por Pavlov para descrever o condicionamento de reflexos em um primeiro momento, contudo esta terminologia foi abandonada em favor da alternativa mais objetiva, pelo reflexo condicionado. Seu objetivo teórico era a previsão e o controle do comportamento. Talvez por este motivo, a escola de

Watson foi nomeada pelos *behavioristas* radicais de *behaviorismo* metodológico através do manifesto *behaviorista*, em decorrência do uso metodológico em suas experimentações, aderindo ao método científico. O termo *behaviorismo* clássico foi muito questionado pela comunidade científica, alegando inclusive que o estudo do binômio estímulo e resposta (S – R) como unidade mínima de comportamento surgiu antes mesmo da perspectiva Watsoniano, originada pelos estudos dos fisiologistas Séchenov (1829-1905), Bechterew (1857-1927) e Pavlov (1849-1936) com a fisiologia dos reflexos.

Skinner (1904-1990) no *behaviorismo* radical estuda o comportamento privado e o comportamento público. Diferente dos *behavioristas* metodológicos, proposto por Watson (1878-1958), Skinner afirma que “eventos mentais não existem, mas eu vou estudá-los”. Nesta perspectiva, o que diferencia os dois modelos conceituais (*behaviorismo* metodológico e *behaviorismo* radical) é exatamente o objeto de investigação. Enquanto Watson busca a cientificidade nos aspectos metodológicos do comportamento observável e mensurável, Skinner avança com os estudos do comportamento público como variável externa que pode ser moldada e condicionada, assim como Watson; contudo, Skinner considera em seus estudos a investigação dos aspectos internos, descartando em seus conceitos e categorias a existência de uma consciência, vontade, inteligência, emoção e memória, proposto *a posteriori* pelo cognitivismo.

Obehaviorismo foi muito criticado por outras escolas funcionalistas, tais como Piaget e Vigotsky, ao reduzir o homem a respostas animais. Para os leigos sobre este conceitual, as ideias era que Watson e Skinner ignoravam os processos cognitivos e afetivos, ou não levava em conta o que há de único, subjetivo e particular no sujeito; ou ainda a ideia de que o *Behaviorismo* entende o ser humano como um organismo passivo diante do meio. Podemos afirmar que estas características são, em grande parte, do Behaviorismo Clássico de Watson e não do Behaviorismo Radical de Skinner. Pode-se dizer também da falta de conhecimento dos críticos a respeito da evolução da abordagem(TODOROV, 1982).

Na vertente da psicologia comportamental, a tríade entre o *behaviorismo* radical, a análise experimental do comportamento e a análise do comportamento aplicadoera o controle das variáveis externas, que por sua vez, está em função das contingências ambientais. Baum (2006) relata em sua obra que o *behaviorismoradical*, marcado pelo período de 1920 a 1950 é um tópico controverso, no qual Skinner sustentava que o caminho para uma ciência do comportamento estava no desenvolvimento e não apenas no método das ciências naturais. A interação organismo e ambiente como função biológica adaptativa, é entendido dentro de um contexto e a partir das relações funcionais (as contingencias) e descreve um modelo selecionista de causalidade, abrangendo a história da espécie, do indivíduo e da cultura. Nesta perspectiva, o homem é agente no ambiente, ou seja, ele opera, modifica o meio; e ao mesmo tempo é influenciado, controlado e modificado por ele. Esta filosofia está dentro de uma perspectiva monista e anti mentalista ao enfatizar o controle externo de comportamento. Sua teoria possui uma raiz epistemológica nas matrizes funcionalistas, ou seja, existe uma lógica funcional ao afirmar que o comportamento é a relação, e sua função comportamental é vista como resposta desta interação com o meio. Neste momento, ele propõe a teoria da seleção das consequências (1980-1990), explicando seu modelo de causalidade pelos três

níveis de variação e seleção, sendo a filogenética, a ontogenética e a cultural. Desta forma, o comportamento só tem significado quando inserido em um contexto.

Jean Piaget (1896-1980) foi considerado um dos mais importantes pensadores do século XX. Piaget vê o ser humano como sujeito ativo, que se constrói em sua constante interação com o mundo. Sua abordagem do desenvolvimento cognitivo é conhecida por epistemologia genética. Não podemos negar sua contribuição e considerável impacto no campo da ciência da computação. Tornou-se, na segunda metade do século XX, a principal referência internacional na área da psicologia do desenvolvimento intelectual da criança e da psicologia da educação, ao propor a existência de quatro estágios de desenvolvimento cognitivo no ser humano. Em 1950 publica sua primeira síntese epistemológica ao apresentar o pensamento matemático, o pensamento físico e o pensamento biológico, psicológico e sociológico. O resultado desse esforço é reunido nos Estudos de Epistemologia Genética, publicados anualmente entre 1955 e 1980. Piaget busca mostrar de que maneira o homem ao nascer, apesar de sua carga hereditária que remonta a anos de evolução, não consegue manifestar a mais simples operação de pensamento ou o mais simples ato simbólico. (Becker, 2009). O construtivismo de Piaget propõe que nada está pronto ou acabado. O conhecimento não é dado como algo determinado. Ele se constitui em sua interação com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais. Por meio de sua força genética e interação com o meio, sua gênese e seu desenvolvimento. Em sua visão, a aprendizagem só ocorre na medida do desenvolvimento do conhecimento, com o movimento das estruturas da consciência.

Analisando estes constructos teóricos e metodológicos da psicologia científica e funcionalista, podemos refletir sua relevância para o advento das teorias cognitivistas e conexionistas. Não podemos negar a contribuição histórica dos estruturalistas Müller, Kant, Titchener, Wundt e o construtivismo de Piaget para o surgimento das ciências cognitivistas. As ciências cognitivas propõem a possibilidade de simulação da mente através dos modelos computacionais, atribuindo o papel mediador aos processos cognitivos, na interação entre organismo e meio. O desenvolvimento das ciências cognitivas foi um resgate do estudo da consciência. Essa abordagem transdisciplinar do conhecimento, teve contribuições da computação, da inteligência artificial, da cibernética, das neurociências, filosofia e linguística.

De acordo com as bases epistemológicas do cognitivismo tendo seu marco histórico entre 1955 e 1966 com as conferências realizadas nos Estados Unidos no campo da memória, a psicologia cognitiva estuda a forma como as pessoas percebem, aprendem, recordam e pensam sobre a informação. A teoria cognitiva sugere que o conhecimento tem origem não apenas da experiência, como também é influenciado pela estrutura do sistema nervoso do organismo, mais um elemento para abalar a ideia de que o conhecimento é apanágio da inteligência humana. Nesta ordem, os procedimentos científicos não se baseiam unicamente na observação, como também são moldados pela teoria particular sustentada pelo experimentador que cria os procedimentos. Sendo assim, a mente de uma criança não é inteiramente uma tabula rasa, mas, primeiramente, possui potencialidades limitadas na memória, processamento e velocidade de cálculo, como também tendências a responder a certos estímulos ambientais e a ignorar outros. E por fim, a consciência não pode ser inteiramente reduzida à

“química mental”, uma vez que suas partes componentes não podem explicar propriedades emergentes. Essa proposta teórica ocorre num *continuum*, onde a centralidade do processo cognitivo encontra-se na experimentação do sujeito e não unicamente em sua interação ambiental, como é proposto pela teoria *behaviorista*. (KASTRUP, 2007, pp. 229).

Com a percepção de que eram necessárias diferentes abordagens e conceitos para abordar uma psicologia humana, os desenvolvimentos na psicologia alemã, britânica e francesa forneceram parte do combustível da revolução cognitiva, ou seja, um retorno em evolução às atitudes e tendências que estavam presentes antes do advento do *behaviorismo* e que estavam vivas fora dos Estados Unidos, onde os *behavioristas* não haviam desenvolvido nenhum apoio coerente. O conceito de máquina abstrata, a comunicação binária, a criação da cibernética e o rompimento com os limites do humanismo e vitalismo, romperam com a lógica das raízes funcionalistas proposto por Watson e Skinner. (KASTRUP, 2007, pp. 235).

A “nova ciência da mente”, publicado na década de 80, retoma a investigação da mente destituída da dimensão da experiência. O método computacional, ou seja, o computador como um sistema equivalente à mente humana, ao qual processa a informação sob a lógica matemática no campo das neurociências, retoma a lógica das relações complexas entre o cérebro, a mente e a máquina.

Não podemos negar a contribuição relacional proposto pelos *behavioristas* quando os anos cibernéticos se aproxima da linguagem. Mas os modelos da emergência não constituem exatamente um novo paradigma. O conexionismo considera que a cognição funciona num nível sub-simbólico que é composto por unidades simples que se conectam através de processamento paralelo e distribuído. A tônica incide sobre a reciprocidade das conexões, e não sobre sua linearidade. Desta forma, esta nova perspectiva rejeita o modelo computacional ao propor que as tarefas simples como o reconhecimento de figuras não podem ser explicadas através de um modelo de causalidade linear, lógica e abstrata, como defendia o cognitivismo computacional. Neste sentido, os engenheiros conexionistas desenvolvem um modelo baseado em máquinas mais rápidas e inspiradas no funcionamento do cérebro, sendo conhecido como redes neurais, sendo propriedades globais a partir de um conjunto de elementos simples e não inteligentes.

Para Deyfrus (1991) in Heidegger (2005), a explicação cognitivista elucidada apenas a cognição do iniciante, cuja conduta é guiada por regras, enquanto no conexionismo estaria muito melhor habilitado para o entendimento da aprendizagem da perícia. A dimensão filosófica do conexionismo esta pautada no reconhecimento de que a representação distribuída não mantém uma relação de correspondência com os elementos do mundo externo. O reconhecimento de um objeto envolve toda a rede de conexões sub-simbólicas, sem recorrer à medida da semelhança predeterminada de traços do mundo externo. Sendo assim, no início do processo de aprendizagem, o sujeito recebe instruções gerais sobre como se conduzir, agindo através da mediação de regras e representações. Com o desenvolvimento do aprendizado, a conduta vai se tornando cada vez mais imediata e contextual, prescindindo de tal mediação. O caminho do aprendizado vai do abstrato e geral para o concreto e contextual.

Outra perspectiva que contribuiu para o paradigma da cognição foi o conceito de autopoiese, proposto por Maturana e Varela (1995). De acordo com

essa abordagem, estes sistemas vivos se definem como sistemas auto-produtivos, ou seja, que têm como características produzirem-se a si mesmos enquanto funcionam. A ênfase dos autores incide sobre a emergência do sistema vivo a partir de uma rede de processos físico-químicos. O sistema vivo é um sistema cognitivo. A alternativa proposta é uma via intermediária, onde sistema cognitivo e domínio cognitivo são co-engendrados num movimento de vaivém, através de um mecanismo de causalidade circular. Assim, A adaptação não é entendida como adequação da conduta a um mundo preexistente, mas acoplamento direto entre o sistema cognitivo e o domínio cognitivo, envolvendo composição, ou seja, transformação mutua e permanente do organismo e do ambiente. Não se trata de adaptar-se ao meio e sim de compor com o meio. Não podemos negar que a ênfase na ação e em seu papel na construção do sujeito e do objeto do conhecimento aproxima a teoria da autopoiese do construtivismo de Piaget.

Com os avanços das ciências físicas e biológicas e a adoção do método experimental na análise do comportamento, a abordagem cognitiva-comportamental nasce ao final dos anos 1960, ao se opor aos modelos comportamentais (E-R) proposto pelos *behavioristas*. Bandura (1925 -) apresenta que um dos problemas da aprendizagem pelas consequências relaciona-se ao fato de que o indivíduo deve se comportar antes de aprender. Ele apresenta uma teoria da aprendizagem sem tentativa, conhecida como modelação, que é comum entre os seres humanos e que ocorre pela simples observação, sem a necessária reprodução do comportamento. Assim, a aprendizagem social se desenvolve também pela exposição aos modelos reais da vida do sujeito, que desempenham funções intencionais ou não, padrões de comportamento que podem ter sido imitados. Esta modelação resulta processos cognitivos que abrange atenção, julgamento sobre os modelos e as consequências comportamentais sugerindo então que a intermediação cognitiva influencia o comportamento. Cabe ressaltar que a tríplice contingência (S-R-C) não exerce poder unicamente instrumental. Os processos cognitivos também são importantes para o comportamento. Em síntese, a abordagem cognitiva-comportamental remete à existência de processos cognitivos, onde o comportamento é mediado pelos eventos cognitivos. E as emoções são influenciadas pelo conjunto de crenças e valores individuais, onde a pessoa procura um auto monitoramento para criticar seu sistema de crenças e manter sua saúde mental.

A Psicologia da Gestalt teve seu início do século XX por **Wertheimer** (1880-1943) na Alemanha, ao criticar a compreensão da experiência em função da combinação de elementos sensoriais. Para ele, os processos psicológicos e fisiológicos não poderiam ser concebidos como uma simples soma de elementos isolados e distintos, mas como um todo unificado. Desse modo, a Gestalt passou a rejeitar o estudo dos elementos da experiência (sensações), adotando a experiência imediata ingênua (i.e., não corrompida pela aprendizagem) como seu objeto. Suas primeiras pesquisas foram desenvolvidas no campo da percepção, mas logo se estenderam a outras áreas, contemplando processos de aprendizagem, memória, reações motoras, entre outros. O estudo de Wertheimer sobre percepção, editado em 1912, foi a primeira publicação da escola da Gestalt, atribuindo a seu autor o título de fundador do movimento. No entanto, Köhler (1887-1949) e Koffka (1886-1941) não foram menos ativos ao elaborar os conceitos da Gestalt e organizar a nova escola. Ao atacar o

atomismo, o mecanicismo, entre outras doutrinas bem estabelecidas em sua época, a Gestalt acabou por exigir uma revisão completa dos princípios fundamentais da ciência, estendendo suas contribuições para além da Psicologia. (MORAES, 2005).

Passar para uma interpretação psicanalítica da Psicologia é passar para um movimento muito diferente daqueles considerados até aqui. Os demais sistemas (e.g., Estruturalismo, Funcionalismo, Behaviorismo, Gestaltismo), a despeito de suas divergências, têm em comum uma fundamentação acadêmica, com forte base experimental. Nenhum deles teve sua origem na ciência aplicada, ao contrário do que ocorreu com a Psicanálise, que se fundamentou na prática clínica. Formado em medicina, **Sigmund Freud** (1856-1939) voltou seus interesses às desordens neuróticas, e foi com base em sua experiência com casos dessa natureza que elaborou a teoria e a prática psicanalítica. É interessante ressaltar que a Psicanálise possui uma outra peculiaridade epistemológica: a construção de seus conceitos esteve diretamente relacionada a aspectos pessoais da vida de seu fundador. Freud observava os fenômenos psíquicos de seu interesse em seus pacientes, amigos, familiares, mas também, e talvez primeiramente, em si mesmo. Portanto, sua formação intelectual e profissional, influenciada por um contexto rico e diversificado (abrangendo tendências culturais europeias dos séculos XVIII, XIX e XX), permeou toda a elaboração da Psicanálise. Ao longo de sua vida, Freud reformulou continuamente seus fundamentos teóricos, no entanto, o tema central, que resume o cerne da proposição freudiana, se refere ao conceito de inconsciente. Emergindo em uma Psicologia que sempre teve como foco a consciência ou, ainda, processos comportamentais diretamente observáveis, a Psicanálise se destaca com um objeto de estudo e métodos altamente diferenciados. (LOUREIRO, 2005).

A psicologia humanista surgiu na década de 50, ganhando força nos anos 60 e 70, como uma reação contrária às ideias psicológicas pré-existentes - o behaviorismo e a psicanálise - embora não quisesse reformulá-la ou ajustá-la, mas dar uma nova contribuição à psicologia. O movimento conhecido como a Terceira Força, pois queria substituir o comportamentalismo e a psicanálise, as duas outras forças da psicologia. Ao contrário das outras duas "forças", não se concentra em um só mentor, ou um paradigma fechado, mas agrega uma série de contribuições diversas em torno de algumas propostas comuns. (GOMES, HOLANDA; GAUER, 2004).

Segundo AmatuZZi (2001), a perspectiva humanista faz uma crítica à visão pessimista de Freud, mas apresenta simpatias por algumas partes das teorias de Alfred Adler, Otto Rank, Carl Jung e Wilhelm Reich. Em sua epistemologia, ela convive com neo-psicanalistas tais como Erik Erikson e Erich Fromm e recebe influências da Gestalt (de Kurt Lewin, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka e Friederich Perls), do Psicodrama de Jacob Levy Moreno. Ao articular paralelos com as filosofias existencialistas e fenomenológicas, marca sua presença de ideias de nomes tais como Kierkegaard, Buber, Nietzsche, Heidegger e Sartre. (Boainain Jr, 1994). Os principais constituintes deste movimento são: Carl Rogers (1902-1985) e Abraham Maslow (1908-1970).

O enfoque da psicanálise nos processos inconsciente; e o enfoque na observação apenas do comportamento, pelo behaviorismo, foram criticadas no século XX pelos novos movimentos da Psicologia que surgiram em meados deste século. As críticas ao comportamentalismo – behaviorismo - giravam em

torno de sua abordagem restrita, antinatural e árida acerca da natureza humana, que reduzia o homem à máquinas e animais propensos ao condicionamento. A divergência à psicanálise se mostrava no questionamento à ênfase no inconsciente, nas questões biológicas e eventos passados, no estudo de pessoas neuróticas e psicóticas e na compartimentalização do indivíduo.

Na verdade, o humanismo não é uma escola de pensamento, mas sim um aglomerado de diversas correntes teóricas. Elas têm em comum a visão humanizada, isto é, enfatizam o homem como possuidor de liberdade, no tempo presente. Sua origem é filosófica fenomenológica existencial, numa concepção de ideias. Foi fundada por Abraham Maslow (1908-1970), porém a sua história começa muito tempo antes. A Gestalt foi agregada ao humanismo pela sua visão holística do homem, sendo um importante campo da Psicologia, na forma de Gestalt-terapia. Mas foi Carl Rogers (1902-1987), um psicanalista americano, um dos maiores expoentes da obra humanista, que depois de anos a fio praticando psicanálise, notou que seu estilo de terapia se diferenciara muito da terapia psicanalítica.(AMATUZZI, 2010).

O humanismo teve influência das seguintes filosofias: existencialista e fenomenológica. O existencialismo tem o homem como ponto de partida nos processos de reflexão, onde o ser e a existência passam a ter centralidade. A fenomenologia investiga a experiência consciente: o fenômeno. Busca chegar ao fenômeno em sua essência, considerando a sua totalidade e visando, deste modo, a incorporação de uma atitude crítica perante a realidade. A Psicologia Humanista é centrada na pessoa e não no comportamento, enfatiza a condição de liberdade contra a pretensão determinista. Visa a compreensão e o bem-estar da pessoa não o controle. Segundo esta concepção, a psicologia não seria a ciência do comportamento, seria a ciência da pessoa, dando ênfase às qualidades humanas como: escolha, criatividade, avaliação e auto realização. (BEZERRA, 2007).

Sob a ótica humanista, há uma inquietação e reconhecimento da integridade e valor do homem e o interesse no desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa. Considera-se fundamental neste ponto de vista a pessoa tal como ela se descobre em seu próprio ser e se relaciona com outras pessoas e grupos sociais. A Psicologia Humanista propõe que o foco de atenção se volte ao ser humano em sua totalidade, considerando-o como uma entidade complexa de natureza biológica, psicológica e vivendo em sociedade. Como pessoa, o ser humano tem a propriedade de ter consciência de quem é ou do que é nas relações que se envolve, quer seja consigo mesmo ou nas relações com os outros, fazendo uso da intuição e da reflexão, procurando aprofundar o significado da existência humana e tentando buscar um enfoque científico humano, qualitativo (não apenas quantitativo) para a Psicologia. (BARRETO, 1999).

Considerações finais

Fazendo uma contextualização sócio histórica, podemos notar a importância das raízes da Psicologia para o surgimento das abordagens teóricas e metodológicas da Psicologia Moderna. Desde os primórdios filosóficos e as influências fisiológicas dos cientistas, a centralidade do sujeito é objeto de investigação, seja na individualidade, subjetividade, consciência, inconsciência,

racionalidade, interatividade, experiência, intelectualidade, sentidos, sensações, e outros objetos.

Em se tratando de método científico, a psicologia avançou significativamente em seus estudos para compreender e agir empiricamente sobre os fenômenos investigados. Com as contribuições de várias raízes epistemológicas, surge as abordagens psicológicas como método de aplicação prática nos diversos contextos, tais como a psicologia escolar, a psicologia clínica, a psicologia hospitalar e a psicologia organizacional e a psicologia social.

Psicologia Moderna teve influência de vários fundamentos teóricos e metodológicos, tais como a perspectiva estruturalista, Funcionalista, Conexionista, Existencialista, Fenomenológica e Humanista. Seu método empírico e científico divergem de abordagens práticas, contudo não há um consensual acerca do objeto de estudo, tendo em vista que cada abordagem teórica percebe o sujeito a seu modo de pensar, analisar e contextualizar os fenômenos psicológicos e sociológicos da época.

Em todo o caso, os cientistas propõem que a Psicologia seja uma ciência empírica e científica em sua totalidade, integrando homem e sociedade sob a ótica das interações sociais e/ou da construção sócio histórica num olhar mais humano e talvez, ousado dizer, tecnológico e moderno. Acerca da subjetividade, constatou-se vários constructos teóricos e metodológicos que divergem e alguns convergem sobre sua origem e sentido. Em síntese, enquanto houver subjetividade, haverá humanidade.

Referências

AMATUZZI, M.M. (2001). **Por uma psicologia humana**. Campinas: Alínea, 2001.

AMATUZZI, M.M. (2010). **Rogers: ética humanista e psicoterapia**. Campinas: Alínea002E

BARRETO, C.(1999). **A compreensão e o lugar da abordagem centrada na pessoa no espaço científico-sociocultural contemporâneo**. *Revista symposium*, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, ano 3, p. 34-40. 1999.

BEZERRA, M. E. **Um estudo crítico das psicoterapias fenomenológico-existenciais: terapia centrada na pessoa e gestalt-terapia**. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social). Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Federal do Pará.2007.

CHIBENI, S. S. **Algumas observações sobre o método científico**. Departamento de Filosofia – Unicamp. São Paulo, 2006.

CHIBENI, S. S. Hume e as crenças causais. J. AHUMADA; M. PANTALONE; V. RODRIGUEZ, V.(eds.),**Epistemología e historia de la ciencia**. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, v. 12, p. 143-149, 2006.

Danziger, K. **Constructing the subject: Historical origins of psychological research**. New York: Cambridge University Press. 1990.

FIGUEIREDO, L. C. M.; SANTI, P. L. R. D. **Psicologia, uma nova introdução: Uma visão histórica da psicologia como ciência**. 3º. Edição. São Paulo: Educ, 2008.

FERREIRA, A. A. L. A Psicologia no recurso aos Vetos Kantianos. In: JACÓ-VILELA, A. M., FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Eds.). p.97-103. **História da Psicologia: Rumos e percursos**. Rio de Janeiro, RJ, Nau: 2005.

GOMES, W. ; HOLANDA, A.; GAUER, G. Psicologia Humanista no Brasil. Em: Massimi, M. (org.). **História da psicologia no Brasil do século XX**. São Paulo: EPU. 2004.

HEIDBREDE, E. **Psicologias do Século XX**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1981.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

JACÓ-VILELA, A.M; FERREIRA, A.A.L.; PORTUGAL, F.T. A psicologia no recurso aos vetos kantianos in: **História da psicologia: rumos e percursos**. Pp. 85 – pp. 91. Nau editora: Rio de Janeiro. 2005.

KASTRUP, V. A psicologia no contexto das ciências cognitivas. In: JACÓ-VILELA, A. M; FERREIRA, A. A. L; PORTUGAL, F.T. (Orgs.) **História da Psicologia: rumos e percursos**, p. 215-238. Rio de Janeiro: Nau, 2007.

MATURANA, H.R. ;VARELA, F. G **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas, SP. Editora Psy, 1995.

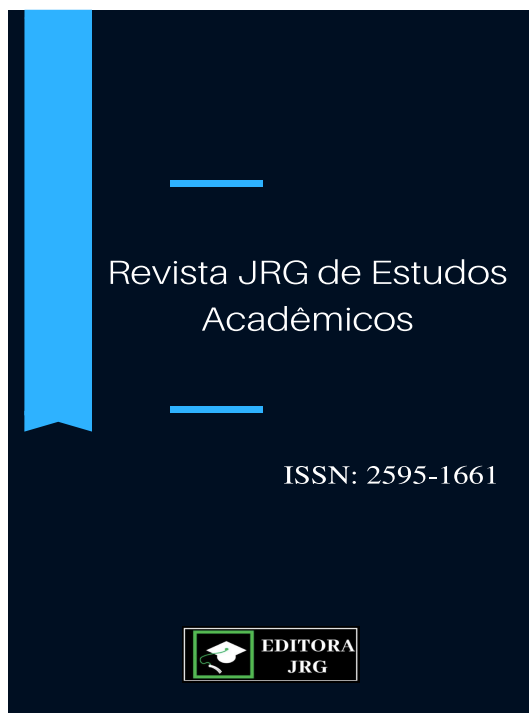
MONTEIRO, João Paulo. Associação e crença causal em David Hume. **Manuscrito**, v. 23, n. 1, p. 99-120, 2000.

MORAES, M. O gestaltismo e o retorno à experiência psicológica. In JACÓ-VILELA, A. M; FERREIRA, A. A. L; PORTUGAL, F.T. (Orgs.) **História da Psicologia: rumos e percursos**, p. 301-308. Rio de Janeiro: Nau, 2007.

PASSOS, Ed. O sujeito cognoscente entre o tempo e o espaço. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

SCHULTZ, D. P. ; SCHULTZ, S. E. **Historia da Psicologia Moderna**. Editora Cultrix. Rio de Janeiro, 2000.

TODOROV, J. C. **Behaviorismo e Análise Experimental do Comportamento**. Cadernos de Análise do Comportamento, n.3, pp.10-23. Universidade de Brasília. Brasília, 1982.



Revista JRG de Estudos Acadêmicos

ISSN: 2595-1661

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento): 10/08/2019.

Data de reformulação: 10/09/2019.

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 10/10/2019.

Data de disponibilização no site (publicação): 10/11/2019.

Editor Responsável: Me. Jonas Rodrigo

FATORES QUE INTERFEREM NO SUCESSO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E O ENVOLVIMENTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO¹

FACTORS THAT INTERFERE IN THE SUCCESS OF ASSISTED HUMAN REPRODUCTION AND THE NURSE'S INVOLVEMENTO IN THE PROCESS

*Dr. Marco Aurélio Ninômia Passos²
Noelma Martins Silva³*

Resumo

Objetivo: identificar fatores femininos e masculinos que interferem no sucesso da reprodução humana e o envolvimento do enfermeiro no processo. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura mais recente acerca do tema. Através do levantamento de artigos nas bases de dados LILACS e SCIELO. **Resultados:** foram selecionados 14 artigos que mais se adequam a proposta do trabalho. Esse foram separados e organizados em categoria onde foi consolidado os diversos conhecimentos a respeito do tema proposto, interligando-os pontualmente afim de

¹ © Todos os direitos reservados. A Revista JRG de Estudos Acadêmicos, bem como a Editora JRG (mantenedora do periódico) não se responsabilizam por questões de direito autoral, cuja responsabilidade integral é do(s) autor(es) deste artigo. A revisão linguística e metodológica deste artigo foi feita pelo(s) autor(es) deste artigo.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Professor Titular da Universidade Paulista (UNIP-DF) e do Centro Universitário ICESP. Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Genética, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica

³ Enfermeiro(a) pela Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

compreender as alterações encontradas pelos diferentes autores. **Conclusão:** Ao analisar os estudos, foram evidenciados que o insucesso no tratamento de reprodução humana assistida pode associar-se a fatores como: idade, espessura de endométrio, qualidade espermática, entre outros. Quanto a atuação da enfermagem é possível confirmar que a mesma é de grande importância. Porém, destaca-se a necessidade que a equipe busque por mais aperfeiçoamento.

Palavras chave: infertilidade, reprodução assistida, saúde da mulher, enfermagem.

Abstract

Objective: To identify female and male factors that interfere with the success of the human relationship and nurses's involvement in the process. **Methodology:** this is an integrative review of the most recent literature on the subject. Through the survey of articles in the LILACS and SCIELO. **Results:** 14 articles were selected that best fit the work proposal. These were separated and organized into a category where the several knowledge about the proposed theme was consolidated, interconnecting them punctually in order to understand the changes found by different authors. **Conclusion:** when analyzing the studies, it was evidenced that the failure in the treatment of assisted human reproduction can be associated with factors such as age, endometrial thickness, sperm quality, among others. As for nursing practice, it is possible to confirm that it is of great importance. However, there is a need for the team to look further improvement.

Key Words: infertility, assisted reproduction, woman's health, nursing.

Introdução

A Reprodução Humana Assistida (RHA) tem oferecido novas possibilidades de planejamento familiar, visto que vem passando por significativas mudanças e progressos constantes, no qual os avanços oferecem inúmeros recursos para o tratamento de infertilidade humana¹.

No ano de 1978 houve a primeira tentativa bem sucedida com humanos, e apesar de constituir um campo de conhecimento relativamente recente, ganhou-se larga expansão no contexto brasileiro, principalmente no século XXI². Junto a essa expansão e as novas tecnologias nos tratamentos oferecidos que saíram dos discretos consultórios especializados em esterilização para ganhar manchetes de revistas ou páginas de jornais dedicadas as últimas novidades no campo da saúde³.

A facilidade ao acesso as informações referentes da RHA, somada à aproximação dos consultórios médicos especializados, agregado ainda pela Portaria n. 426/GM, de 22 de março de 2005⁴, viabilizou os tratamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), acabou impulsionando casais dos mais diversos segmentos sociais a buscarem tratamentos especializados⁵.

A busca do tratamento de reprodução assistida pode ser uma jornada com experiências muito dolorosas, uma vez que é um percurso com início, mas sem a certeza concreta do final, já que o sucesso da gravidez pode ocorrer logo no início das tentativas sem a ajuda de alguma técnica, assim como os casais podem se submeterem a diversas tentativas com técnicas mais avançadas, sem que ocorra a chegada do filho biológico⁶.

Atualmente acredita-se que no mundo cerca de 8% a 15% dos casais em idade reprodutiva encontram dificuldade para a concepção de um filho. No Brasil, estima-se que a aproximadamente 51,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva, o que proporciona sinalizar que possam existir de 4 milhões a 7,68 milhões de mulheres

inférteis. A infertilidade feminina pode estar associada a diversos fatores, tais qual anovulação, as oscilações hormonais, endometriose, infecções, idade, alterações morfológicas do aparelho reprodutivo, índice de massa corporal, dentre outros⁷.

Contudo ressalta-se que um em cada seis casais com problemas de infertilidade a causa primária ou associada é a infertilidade masculina, ou seja 50% desses casos. Dessa forma se faz necessário a avaliação do fator masculino que é definida de pela análise da história clínica, avaliação do sêmen e do perfil hormonal⁸. A infertilidade masculina pode estar associada a múltiplos fatores como, distúrbios na ejaculação, deficiência nos hormônios folículos estimulantes, luteinizante e testosterona, infecções no trato urogenital, aumento da temperatura escrotal, dentre outros⁹.

Os casais que se deparam com essa dificuldade podem ter experiências sentimentais de vulnerabilidade, impotência, perda de controle das suas vidas pessoais e do projeto de vida nomeadamente o objetivo de ter filhos. A problemática é encarada como uma crise podendo afetar aspectos emocionais, psíquicos, físicos e socioculturais¹⁰.

Devido a situação de fragilidade em que se encontra os casais, a equipe de enfermagem desenvolve um papel indispensável no apoio. Ao atribuir um reforço positivo ao casal, este tende a ficar mais confiante e seguro¹¹.

Muitos são os possíveis métodos que possibilitam e auxiliam a reprodução humana. São classificados em procedimentos de baixa e alta complexidade. Os de procedimentos de baixa complexidade abrangem o coito programado e a inseminação intrauterina, que não precisam ser realizados em centro de reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade são a injeção intracitoplasmática de espermatozoide e fertilização in vitro convencional¹². Na realização dos procedimentos há alguns processos desgastantes aos pacientes, tais quais as injeções de hormônios para induzir a ovulação, testes laboratoriais, anestésias, masturbação para obtenção de amostra de sêmen, uso de medicamentos, ultrassonografia etc., por essa razão é de extrema importância uma equipe multiprofissional, no qual o enfermeiro esteja ciente em todas as etapas e saiba conduzir com propriedade para assegurar que não haja grandes desconfortos e constrangimentos aos pacientes¹³.

O presente estudo tem como objetivo identificar fatores femininos e masculinos que interferem no sucesso da reprodução humana e o envolvimento do enfermeiro no processo. Explorando os artigos científicos mais recentemente publicados nesta área, que abordem as alterações conhecidas e os aspectos fisiológicos e psicológicos ao longo do tratamento.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica acerca dos fatores que interferem no sucesso da reprodução humana assistida e o envolvimento do enfermeiro no processo. Para alcance do objetivo referido, optou-se por esse tipo de revisão literária, uma vez que ela exibe a síntese de múltiplos artigos científicos. Além disso, permite a conclusões gerais de determinada área de estudo, contribuindo para o aprofundamento e a propagação do conhecimento do problema analisando, oferecendo um resumo de evidências relacionadas ao fenômeno investigado¹⁴.

A revisão sistemática é um levantamento bibliográfico que reuni conhecimento acerca dos fatores pesquisados, analisando pesquisas relevantes de fontes secundárias. Constitui uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, criteriosa, conscienciosa, que aumenta a credibilidade e a profundidade de conclusões. Que

podem contribuir para reflexões sobre o tema e também para tomada de decisão sobre o mesmo¹⁵.

As buscas eletrônicas foram realizadas no mês de agosto e do ano de 2019, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Usado combinações nas línguas inglesa e portuguesa: infertilidade feminina, infertilidade masculina e técnica reprodução humana e prevalência da infertilidade, de forma única ou combinadas.

Foram selecionados 42 referenciais, entre artigos e dissertações. Foi realizado uma análise de conteúdo, sendo excluído aqueles que não atendiam ao tema proposto pela falta de clareza na abordagem ou por serem trabalhos incompleto. Ao final foram utilizadas somente as referências que melhor se adequaram a proposta do trabalho.

Resultados

Apresenta-se no quadro 1 informações a respeito de 14 artigos inclusos nessa pesquisa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados.

Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivos, método, conclusão e ano de publicação.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	O impacto do índice de massa corpórea nos resultados de fertilização in vitro.	Vilarino FL, Bianco B, Christofolini DM, Barbosa CP.	avaliar o impacto do índice de massa corpórea (IMC) nos resultados de FIV/ICSI (Fertilização in vitro/ injeção intracitoplasmática de espermatozoides) obtidos no Serviço de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC.	Foram incluídos no estudo 488 ciclos de fertilização in vitro. Induzidos em 385 pacientes tratadas no Serviço de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC. O IMC foi calculado dividindo o peso em quilogramas pela altura ao quadrado em metros (kg/m ²).	O IMC não influenciou na dose de FSH recombinante utilizada, nas taxas de cancelamento dos ciclos por falta de resposta à indução, no número de oócitos captados, no número e qualidade de embriões transferidos, e nas taxas de gestação, gestação química, abortamento e nascimentos.	2010

Artigo 2	Influência de alguns fatores de prognóstico nos resultados obtidos após 567 ciclos de Fecundação In Vitro consecutivos.	Villaver VL, Graça P, Correia S, Pinto S, Simões T, Alves S, Puzziello L, Moreira C, Silva G, Romeu A.	Avaliar os resultados obtidos em 567 ciclos de FIV consecutivos e o valor prognóstico de determinadas variáveis.	Estudo retrospectivo em um Hospital público universitário. Forma selecionada 56 ciclos de FIV.	Ainda que a experiência geral apoie o valor prognóstico de distintos parâmetros na FIV este valor não se confirmou nessa análise de amostras.	20 10
Artigo 3	Correlação entre a idade e a contagem dos folículos antrais em mulheres inférteis.	Castro EC, Florêncio RS, Monteiro Filho G, Amaral WN.	Construir um nomograma correlacionando a idade com diferentes valores dos percentis da contagem dos folículos antrais (CFA) em mulheres inférteis.	Estudo transversal de pacientes de 21 a 45 anos atendidas, no centro de reprodução assistida feminina. As pacientes foram submetidas à ultrassonografia transvaginal do 2º ao 4º dia de seu ciclo menstrual.	Concluimos que o nomograma correlacionando a idade com os diferentes valores dos percentis da CFA em mulheres inférteis sem endocrinopatias apresentou um padrão linear de redução da CFA com a idade, em todos os percentis.	20 12

<p style="text-align: center;">Artigo 4</p>	<p>Reprodução assistida: Uma pesquisa junto aos profissionais da área.</p>	<p>Pavan JN, Aarestrup JR, Bertoldi C.</p>	<p>Avaliar, junto aos médicos ginecologistas e obstetras, quais são as principais alterações biológicas da fertilidade feminina e suas possíveis causas.</p>	<p>Foi realizada uma avaliação de dados coletados via questionário sobre infertilidade feminina entre os meses de março e julho de 2013.</p>	<p>a infertilidade é uma doença comum em mulheres e suas principais causas são a idade materna, anovulação, endometriose, as infecções tubárias e os fatores psicológicos.</p>	<p>20 13</p>
<p style="text-align: center;">Artigo 5</p>	<p>Número de folículos antrais e o sucesso da fertilização in vitro: uma análise multivariada.</p>	<p>Silva GM, Diniz AL, Bernardino Neto M, Marcolini TT, Perillo LC, Pires WP, Pessoa SM.</p>	<p>Verificar o quanto a contagem de folículos antrais pode prever o número de oócitos captados em pacientes submetidas à fertilização in vitro (FIV), bem como correlacioná-la com a idade materna e a taxa de gestação.</p>	<p>Estudo retrospectivo observacional com 193 pacientes inseridas em um programa de reprodução assistida, entre os meses de setembro de 2010 a setembro de 2012, em uma Clínica de Reprodução Humana do Sudeste do Brasil. As pacientes foram divididas em três categorias de acordo com o número de folículos.</p>	<p>A contagem dos folículos antrais diminui ao longo dos anos, é fator preditor do número de oócitos captados e pode prever a probabilidade de sucesso da fertilização in vitro..</p>	<p>20 14.</p>

<p style="text-align: center;">Artigo 6</p>	<p>Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoea e: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana.</p>	<p>Fernandes LB, Arruda JT, Approbato MS, García-Zapata MT.</p>	<p>Avaliar a prevalência de infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae em mulheres submetidas à reprodução assistida em um serviço público de referência da região Centro-Oeste do Brasil.</p>	<p>Estudo transversal com 340 mulheres com idade entre 20 e 47 anos, histórico de infertilidade, submetidas às técnicas de reprodução assistida.</p>	<p>Houve associação da obstrução tubária com a infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae, reforçando a necessidade de estratégias efetivas para detecção precoce das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente em mulheres assintomáticas em idade fértil.</p>	<p>20 14</p>
<p style="text-align: center;">Artigo 7</p>	<p>Estresse oxidativo sistêmico e follicular em mulheres inférteis com endometrioses submetidas à injeção intracitoplasmática de espermatozoide.</p>	<p>Broi MG, Albuquerque FO, Andrade AZ, Junior AAJ, Navarro PA.</p>	<p>Comparar oito marcadores de estresse oxidativo no soro fluido de mulheres com e sem endometriose submetida a estimulação ovariana.</p>	<p>Estudo observacional prospectivo na universidade de São Paulo (USP) Foram coletados 87 amostras de soro (43 com E e 44 sem E.</p>	<p>Foi evidenciado EO sistêmico e follicular em pacientes inférteis com endometriose submetidas a EOC para ICSI. Sugerindo que o EO possa estar envolvido na etiopatogenese da infertilidade relacionada a doença.</p>	<p>20 15</p>

Artigo 8	<p>Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutivas sobre reprodução humana assistida.</p>	<p>Mohamed RPS</p>	<p>Descrever as representações sociais de enfermeiros que trabalham/atua m na saúde sexual e reprodutiva sobre RHA e analisar a atuação do enfermeiro na RHA, tendo em vista suas representações sociais sobre biotecnologias reprodutivas.</p>	<p>Os participantes do estudo foram (30) trinta enfermeiros que trabalham/atua m na área de saúde sexual e reprodutiva do município do Rio de Janeiro, divididos em dois grupos.</p>	<p>O cuidado de enfermagem em RHA deve ser pautado, de maneira geral, na afetividade das relações interpessoais, através de empatia, esperança, confiança e respeito às demandas biológicas e psicossociais e até espirituais das pessoas que buscam a RHA com meio para realização do desejo reprodutivo. Valorizam os preceitos éticos da profissão, assim como o conhecimento técnico e científico para lidar da melhor maneira com todas as exigências do aparato biotecnológico de RHA.</p>	<p>20 15</p>
-----------------	--	--------------------	---	--	--	------------------

<p style="text-align: center;">Artigo 9</p>	<p>Há alteração do dia da ovulação em Pacientes com sobrepeso ou obesidade ? Estudo Transversal.</p>	<p>Sasaki AS, Aprobatto MS, Maia MCS, Ferreira EABF, Givizies R, Zanluch N.</p>	<p>Avaliar se existe diferença do dia da ovulação entre pacientes com índice de massa corpórea (IMC) Normal e aquelas com sobrepeso ou obesidade em pacientes inférteis que não apresentam síndrome de ovários policísticos.</p>	<p>Estudo transversal feito em ambulatório de reprodução humana. Foram avaliados dois grupos, um com 71 pacientes com IMC normal e outro de 45 pacientes com IMC que indicava sobrepeso/obesidade. Foi analisado a seguir o dia da ovulação das pacientes de cada grupo.</p>	<p>Não houve diferença estatística do dia da ovulação entre as pacientes com IMC normal e aquelas com sobrepeso ou obesidade, que não apresentavam outras comorbidades que pusessem afetar a fertilidade.</p>	<p>20 16</p>
<p style="text-align: center;">Artigo 10</p>	<p>Comparação do sucesso na produção e qualidade de embriões entre um laboratório convencional e um laboratório ISO 5/7 e fatores relacionados a gravidez.</p>	<p>Gontij EEL.</p>	<p>Comparar o sucesso na produção e qualidade de embriões, taxa de sucesso e fatores relacionados a gravidez em laboratório, antes de adequações estruturais, quando era classificado como laboratório convencional e após as adequações.</p>	<p>Estudo tipo caso controle. Foram avaliadas a relação entre os grupos e dos fatores e o sucesso da gravidez com 278 ciclos de mulheres.</p>	<p>Foi possível concluir que não houve diferença estatística entre os resultados dos dois laboratórios. E que as causas do insucesso no tratamento são: idade superior a 40 anos, tempo de infertilidade superior a 96 meses e espessura endometrial inferior a 10mm e presença de sêmen de baixa qualidade.</p>	<p>20 16</p>

Artigo 11	Impacto da idade na fertilidade masculina.	Pinto MALA.	Reunir a informação mais recente de modo a esclarecer os mecanismos inerentes ao impacto da idade paterna na fertilidade.	Através da base de dados Pubmed, realizou-se uma pesquisa de artigos científicos originais, revisões bibliográficas e meta-análises que abordassem o tema.	A idade paterna parece ter um papel preponderante na fertilidade masculina, Constatando-se uma relação inversa entre a idade paterna e a fertilidade masculina. Embora tenha cada vez mais os investigadores interessados nesta área, ainda são necessários estudos que demonstrem com maior exactidão os mecanismos moleculares subjacentes a esta Associação.	20 17
Artigo 12	Fatores Relacionados ao Sucesso da Fertilização Assistida em Pacientes Atendidos em um Laboratório de Reprodução Humana.	Gontijo, E. G. L.; Silva, M. G.; Aprobato, M. S.	avaliar a interferência de fatores no sucesso do tratamento reprodução humana assistida, atendidos no laboratório de reprodução humana do hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás (LabRep/HC/UFG) nos anos de 2013 e 2014.	Trata-se de um estudo descritivo, foram pesquisadas informações em 278 em prontuários de paciente que submetem a qualquer técnica de Reprodução Humana Assistida.	Os pacientes são extremamente heterogêneos quanto aos seus perfis clínicos e características reprodutivas diversas. Foram identificados idade, tempo de infertilidade e espessura do endométrio, como fatores de prevalência em infertilidade.	20 18.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Artigo 13</p>	<p>A vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida.</p>	<p>Marques PP, Morais NA.</p>	<p>Compreender a vivência de casais inférteis diante de tentativas inexitosas de reprodução assistida. Especificamente, busca-se descrever os sentimentos mais frequentes durante as tentativas inexitosas e os possíveis impactos destas tentativa.</p>	<p>Estudo qualitativa, de natureza exploratória, de casos múltiplos. Participaram 3 casais, os quais se submeteram a no mínimo duas tentativas inexitosas de Reprodução Assistida.</p>	<p>A análise de conteúdo evidenciou um forte investimento subjetivo para a chegada do filho e que a repetição dos tratamentos influenciou no aumento do sofrimento dos cônjuges, trazendo consequências para a sexualidade e comunicação dos casais. A dimensão financeira, por outro lado, não sofreu grandes impactos.</p>	<p>20 18</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Artigo 14</p>	<p>Enfermagem e reprodução humana: Uma associação para a vida.</p>	<p>Cunha GBL.</p>	<p>Investigar a qualidade do acolhimento de enfermagem aos casais submetidos ao processo de reprodução humana assistida, com enfoque em Fertilização in Vitro.</p>	<p>Estudo exploratório transversal qualitativa e quantitativa, com 15 casais que estavam inserido em um programa de reprodução assistida.</p>	<p>Observou-se a importância do enfermeiro nesse processo foi reconhecida como sendo de muita importância, porém, o maior contado foi com o médico, justificado pelo modelo biomédico utilizado no procedimento.</p>	<p>20 18</p>

Discussão

Infertilidade Feminina

O sucesso da reprodução humana assistida está intimamente relacionado a diversos fatores e como as variações e características de cada paciente. A infertilidade feminina pode estar associada a patologias, incluindo a endometriose, anovulação, as oscilações hormonais, alterações morfológicas do aparelho reprodutivo, idade, massa corporal, infecções, muco cervical incapaz, problemas masculinos, dentre outros^{16,17}.

Nos últimos anos há uma tendência nas mulheres em adiar a maternidade, fato que pode ser comprovado pela diminuição do número de gestações em mulheres

abaixo de 40 anos e aumento desse número entre mulheres acima dos 40 anos. Com tudo, a taxa de fertilidade diminui progressivamente em mulheres de idade reprodutiva avançada. Aumentando a procura dessas mulheres por clínicas especializadas em fertilização^{18,19,20}.

Acredita-se na existência de defeitos nos estágios tardios de desenvolvimento folicular antral. Alguns autores consideram que as mulheres acima de 40 anos apresentam alterações no processo de formação, crescimento e maturação folicular, caracterizado pela ovulação de um folículo que possui menor diâmetro, prejudicando a chances de sucesso na fertilização¹⁸.

Em um estudo realizado no LabRep na região sudeste do Brasil, com 278 mulheres apresentou interferência na chance de gravidez nas mulheres que possuem idade superior a 40 anos, se dar provavelmente pelo fato que mulheres com mais de 40 anos iniciam um declínio em sua vida reprodutiva. Segundo uma pesquisa realizada com 34 prontuários, Mulheres com idade ≤ 35 anos apresentaram maior frequência de infecção por CT e os 2 casos de coinfeção por NG (*Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*). O que dificulta mais ainda o tratamento e adia a chegada do filho biológico.^{21,22}.

Um outro fator que tem potencial de interferir negativamente no tratamento da infertilidade é a obesidade. Uma vez que muitas mulheres obesas apresentam queda na fertilização natural, e uma maior tendência a complicações obstétricas, tais como aborto espontâneo e uma má resposta aos tratamentos de reprodução humana. Uma pesquisa sistemática a respeito da influência da obesidade na reprodução humana, mostra a uma diminuição no sucesso da gravidez em mulheres com IMC elevado, associando doses mais altas de medicamentos para induzir a ovulação ou estimular os ovários para fertilização in vitro (FIV). Além disso, os blastocistos desenvolvidos a partir de oócitos de mulheres com alto IMC são menores, contêm menos células e têm maior conteúdo de triglicerídeos, menor consumo de glicose e metabolismo alteração de aminoácidos em comparação com embriões de mulheres com peso normal (IMC $< 24,9$ kg / m^{21,23,24}).

Porém, outros pesquisadores afirmam que um IMC alterado não influencia no sucesso do tratamento da reprodução humana. Uma fundamentação para discrepante de opinião dos diferentes autores a respeito da interferência ou não da obesidade nos resultados do tratamento de infertilidade, é a incontestável prevalência das interferências nos resultados do tratamento com pacientes que apresentam Síndrome dos Ovários Policístico (SOP), que é uma síndrome com estreita relação com a obesidade²¹.

Há uma grande dificuldade em analisar IMC como fator isolado. Com tudo a prevalência de pacientes com SOP entre as obesas é aumentada. A anovulação crônica é um fator que obviamente interfere de forma negativa na resposta ao estímulo ovariano e nas taxas de gravidez.

Um outro fator que pode dificultar o tratamento para a fertilização é a endometriose, que acomete aproximadamente 10 a 20% das mulheres em idade reprodutiva, é caracterizada por uma importante dor pélvica e por colaborar com infertilidade feminina, sendo que de 30 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis. Podendo a infertilidade ser consequência das aderências causadas pela doença, assim como a ineficiência da ovulação e da fertilização. Outro ponto importante em relação ao endométrio, é a espessura. Estudos revelam que baixa espessura endometrial influencia no êxito do tratamento, isso porque embriões não conseguem muito sucesso na implementação quando o endométrio possui uma menor espessura. Uma pesquisa publicada em 2018 avaliou 278 ciclos as mulheres

foram divididas em três grupos: as que possuíam endométrio com espessura menor que 10mm, entre 10 a 15mm e espessura endometrial acima de 15mm. Nesse estudo foi observado que mulheres que apresentam endométrio com espessura inferior a 10 mm influenciou negativamente no tratamento^{25,21}.

Um fator de grande significância no sucesso da gravidez é a quantidade de folículos maduros. Um estudo retrospectivo realizado em clínica de reprodução assistida no estado de Minas Gerais com o número de 179 pacientes, que foram divididas em três grupos de acordo com o número de folículos antrais: até 10, de 11 a 22, e maior ou igual a 23. Foi obtida uma taxa de gravidez de 24,4% no grupo que continham até 10 folículos maduros, 38,3% no grupo das mulheres que possuíam 11 a 22 folículos e 43,2% no grupo que possuíam uma quantidade maior ou igual a 23 folículos. Em um outro estudo separou mulheres em três categorias para análise: as que tinham entre 1 e 4 folículos maduros; de 5 a 9 folículos maduros e maior ou igual a 10 folículos maduros. O sucesso da gravidez foi 18,2% no primeiro grupo, 32% no segundo grupo e 48% no terceiro^{26,27}.

Uma pesquisa envolvendo 474 mulheres inférteis, foi verificada correlação significativa entre o número de folículos antrais e os testes hormonais (basais ou dinâmicos), sugerindo que a CFA representa um dos melhores parâmetros funcionais quantitativos de reserva ovariana. Vários trabalhos têm sido publicados sobre a relação entre a CFA e a resposta ovariana na fertilização in vitro. Em uma pesquisa retrospectiva, concluíram que as chances de sucesso no tratamento de fertilização diminuem com uma quantidade reduzida de oócitos captado,^{28,29,30}. Reforçando que esse fator tem potencial para interferir no sucesso da reprodução humana.

Infertilidade Masculina

Estudos revistos sugere que a idade paterna avançada pode colaborar para uma diminuição da fertilidade masculina através de implicações diretas como alterações no espermograma ou em modificações genéticas. Um estudo retrospectivo, realizado com intuito de avaliar a qualidade espermática, constatou que existe uma relação estatisticamente significativa entre a diminuição do volume de esperma e a idade avançada, com um decréscimo de cerca de 0,15 a 0,5% por cada ano de idade acrescido. Uma revisão mais recente também demonstrou uma redução do volume espermático de 3 a 22% quando se compararam indivíduos com 30 e 50 anos de idade^{31,32}.

A combinação entre a idade paterna avançada e a diminuição da motilidade dos espermatozoides é elucidada de forma bastante evidente na literatura. A maioria dos estudos analisados demonstrou esta relação, sendo que, quando comparados homens com idade igual ou inferior a 30 anos e homens com idade igual ou superior a 50 anos encontrou-se um declínio de cerca de 3 a 37% na motilidade do espermatozoide. Outro estudo realizado em indivíduos saudáveis demonstrou que, a cada ano, ocorre um decréscimo de cerca de 3,1% no que tange à motilidade progressiva dos espermatozoides^{31,33}.

Quando analisado o espermatozoide de forma isolada constata-se que os principais fatores de interferências no sucesso da reprodução são oligozoospermia uma contagem inferior a 15 milhões de espermatozoide por ml de líquido ejaculado, teratozoospermia é uma alta porcentagem de espermatozoide em formato anormal. Uma pesquisa analisou 567 ciclos de FIV, foi realizado diagnósticos em amostras seminal utilizados e os resultados entrados nos espermogramas foram a 31,7% para normozoospermia, seguido de 21,9% teratozoospermia³⁴.

Em outro estudo que avaliou 278 ciclos completos e constatou que as alterações nos espermogramas que mais interferiram nas chances de sucesso da técnica de reprodução humana foram oligozoopermia e teratozoopermia, sendo 18% oligozoopermia e 27% teratozoopermia²¹.

Atuação da Enfermagem

A complexidade das técnicas de reprodução humana exige um acompanhamento de uma equipe multiprofissional que possam atender as necessidades do casal durante todas as etapas dos procedimentos. No qual todos os profissionais estejam comprometidos e atentos aos problemas do casal, de modo que estejam aptos a notar as possíveis interferências que venham surgir ao longo do processo tais como transtornos de ansiedade, angústia e depressão visto que esses fatores podem gerar além de problemas emocionais várias alterações fisiológicas^{35,36}.

Alguns autores destacam a necessidade dessas equipes estarem sempre em busca de aperfeiçoamento e inserida em grupos de educação continuada. Isso porque é uma área de atuação em constante avanços tecnológicos. Apesar de se mostrar como novo campo assistencial para o enfermeiro, já está presente em nosso meio há mais de 30 anos. Um estudo realizado com enfermeiros que atuam na área de RHA ressaltam o “desamparo” acadêmico-institucional e dos conselhos de classe e fazem uma constatação real da ausência de informação científica e de discussões ético-legais para o enfermeiro referente à RHA^{37,38}.

Dentre os profissionais da área da saúde, o enfermeiro é o que passa maior parte do tempo em contatos com o paciente. Pois o mesmo atua na coordenação da equipe como um todo. Promovendo uma assistência que melhor se encaixa na necessidade do paciente, muitas vezes é o enfermeiro que identifica a necessidade de envolvimento de outros profissionais. Autores ressaltam que a enfermagem de um modo geral assiste, orienta e prepara os casais em todos os procedimentos³⁵.

Os estudos ressaltam a importância da atuação da equipe de enfermagem na possível atenuação dos efeitos negativos ou menos positivos em todo o processo de reprodução humana assistida. Adequando suas intervenções a auxiliar o casal a ultrapassar as dificuldades encontradas, além do apoio e orientações a estes casais³⁵.

Diante do entendimento que o enfermeiro está inserido num contexto de responsabilidade profissional e social, é relevante que se compreenda as intersubjetividades presentes em RHA, visto que a prática desse profissional no cuidado de enfermagem mulher/casal deve transcender a formalidade e mecanicidade da ciência³⁷.

Conclusão

Foram evidenciados diversos fatores que podem influenciar na infertilidade e na sua prevalência. A título de exemplo, percebe-se o insucesso no tratamento de reprodução humana assistida por inúmeras causas, como: a idade, a espessura do endométrio e qualidade folicular. Não foi possível confirmar a associação com o IMC com o insucesso do tratamento, mas há uma relação estreita entre mulheres com síndrome do Ovário Policístico e a prevalência da infertilidade.

Nessa perspectiva, a assistência em saúde deve buscar identificar essas mulheres e os fatores relacionados ao desenvolvimento de cada especificidade, com a finalidade no sucesso do tratamento.

Os resultados permitiram avaliar ainda, as variáveis que mais se relacionam com a infertilidade masculina. Em análise aos estudos, foi observado que alterações na qualidade do sêmen influencia de forma significativa no tratamento. Além disso,

foi verificado que a idade paterna avançada contribui para um declínio da fertilidade masculina, através de complicações diretas ou no espermatozoide e sua morfologia. Apesar de haver uma quantidade considerável de artigos que debruçam sobre o tema, os mecanismos moleculares subjacentes a esses efeitos continuam por explicar.

É importante destacar que, as dificuldades encontradas por pacientes que procuram as clínicas especializadas extrapolam os fatores anteriormente mencionados. Uma vez que aspectos como ansiedade, angústia e insegurança estão presentes na maioria dos pacientes. Já que a busca por tratamento de reprodução humana assistida pode ser um caminho longo e exaustivo. Assim, o resultado final da análise dos estudos foi ressaltado a importância de um acompanhamento por uma equipe multiprofissional que possa amparar os pacientes em suas necessidades durante todas as etapas do processo.

Foi evidenciado que a atuação da equipe de enfermagem é de grande relevância, visto que esses passam maior parte do tempo em contato com os pacientes. Entretanto, destaca-se a necessidade que as equipes busquem por mais aperfeiçoamento, a ser oferecido pelas instituições de trabalho ou feita de forma individual pelo profissional.

Sendo assim, é possível concluir que apesar da RHA assistida está em constante evolução, ainda existem fatores de grande relevância que podem interferir no sucesso do tratamento, visto que cada paciente apresenta características próprias. Isso se mostra como um desafio que estimula investimentos permanente em tecnologia, além de aperfeiçoamento constante da equipe

Referências

1. Pavan JN, Aarestrup JR, Bertoldi C. Reprodução assistida: uma pesquisa junto aos profissionais da área. Rev. Bras. Edu. Saúde. 2013; 3(3): 31-6.
2. Dentillo DB. Reprodução humana: cresce demanda por tratamento de infertilidade, mas o acesso ainda é caro e seletivo. Cienc. Cult. 2012; 64(4):10-11.
3. Redação Época, com agencia EFE. Criador de bebê de proveta ganha Nobel de medicina. Disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,EMI177011-15257,00.html> Acesso em: 29 março de 2019.
4. BRASIL. Mistério da saúde. Portaria de n 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a política nacional de atenção integral em reprodução humana assistida e dá outras providencias. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm.
5. Fontenele CV. Quando nasce um bebê, nasce também uma mãe? Maternidade e reprodução humana assistida em mulheres laqueadas (tese doutorado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
6. Marques PP, Moraes NA. A vivencia de casais inférteis diante a tentativa exitosa de reprodução assistida. Avances en Psicología Latinoamericana. 2018; 36(2): 299-314.

7. Gradwohl SMO, Osis MJD, Makuch MY. Características de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade em serviço público de saúde. *Reprodução & Climatério. Rev. SBRH.* 2013;28(1):18–23.
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: reprodução humana. São Paulo: Febrasgo, p. 89-94, 2011.
- 9- Oliveira NS, Santos TRM, Santos DN, Barreto CS. Santos BPP. Considerações sobre infertilidade masculina. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT.* 2013;1(2): 21-26
10. Carvalho JL, Santos A. Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal. 2009. Recuperado de <http://static.publico.pt/docs/sociedade/AfroditeInfertilidade.pdf>.
11. Gomes D. Intervenções do enfermeiro especialista nas alterações psicossociais manifestadas por casais com problemas de infertilidade. *Revista evidencia.* 2016; (3):32-44
12. Moraes PF, Gigante LP, Ferrari NA, Mattos ALG. Evolução de casais inférteis por um período de até 10 anos. *Rev AMRIGS.* 2015; 48 (4):230–234.
13. Yolanda MM, Filetto NJ. Procedimentos de fertilização in vitro: experiência de mulheres e homens. *Psicol. Estud.* 2010; 15(4): 771-779.
14. Sampaio RF, Mancini MC, estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidencia científica. *Rer. Bras. Fisioter.* 2007; 11(1):83-9
15. Sampaio RF, Mancini MC, estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidencia científica. *Rer. Bras. Fisioter.* 2007; 11(1):83-9
16. Esteves SC. Efficacy, efficiency and effectiveness of gonadotropin therapy for infertility treatment. *MedicalExpress* 2015; 2(3):1–11.
17. Esteves SC, Bento FC. Implementation of air quality control in reproductive laboratories in full compliance with the brazilian cells and germinative tissue directive. *Reproductive BioMedicine Online.* 2013: 26(1):9–21.
18. Gontijo E. Comparação do sucesso na produção e qualidade de embriões entre um laboratório convencional e um laboratório iso 5/7 e fatores relacionados a gravidez (tese pós-graduação em ciências da saúde). Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2016.
19. Samrslam M, Nunes JC, Kalume C, Cunha AC, Garrafa V. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF - estudo biótico. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(1):47-52.
20. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12;100.

21. Gontijo EGL, Silva MG, Aprobato MS. Fatores Relacionados ao Sucesso da Fertilização Assistida em Pacientes Atendidos em um Laboratório de Reprodução Humana (tese doutorado em ciências da saúde). Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2018.

22. Fernandes LB, Arruda JT, Aprobato MS, García-Zapata MT. Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. Rer. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(8):353-358.

23. Pasquali R, Patton L, Gambineri A. Obesity and infertility. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2007;14(6):482–7. Disponível <http://journals.lww.com/coendocrinology/Abstract/2007/12000/Obesity_and_infertility.11.aspx>

24. Leary C, Leese HJ, Sturmey RG. Os embriões humanos de mulheres com sobrepeso e obesas exibem anormalidades fenotípicas e metabólicas. Hum Reprod. 2015; 30: 122-132.

25. Barbosa DAS, Oliveira AM. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. 2015; 1(1): 43-56.

26. Silva GM, Diniz AL, Bernardino Neto M, Marcolini TT, Perillo LC, Pires WP, Pessoa SM. Número de folículos antrais e o sucesso da fertilização in vitro: uma análise multivariada. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(10): 473-479.

27. Muttukrishna S, McGarrigle H, Wakim R. Antral follicle count antimullerian hormone inhibin B: predictors of ovarian response in assisted reproductive technology? BJOG, 2005; 113(1):1384–1390.

28. Haadsma ML, Bukman A, Groen H, Roeloffzen EM, Groenewoud ER, Heineman MJ, et al. The number of small antral follicles (2-6 mm) determines the outcome of endocrine ovarian reserve tests in a subfertile population. Hum Reprod. 2007 22(7):1925-31.

29. Adibi A, Mardanian F, Hajiahmadi S. Comparison of ovarian volume and antral follicle count with endocrine tests for prediction of responsiveness in ovulation induction protocols. Adv Biomed Res. 2012; 1:71.

30. Lukaszuk K, Kunicki M, Lis SJ, Lukaszuk M, Jakiel G. Use of ovarian reserve parameters for predicting live births in women undergoing in vitro fertilization. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;168(2);173–177.

31. Pinto MALA, Impacto da idade na fertilidade masculina (dissertação de mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2017.

32. Sengupta P. Reviewing reports of semen volume and male aging of last 33 years: From 1980 through 2013. Asian Pacific J Reprod. 2015;4(3):242-246.

33. Eskenazi B, Wyrobek AJ, Slotter E, Kidd SA, Moore L, Young S, et al. The association of age and semen quality in healthy men. *Hum Reprod.* 2003; 18:447-454.
34. Lopez VV, Pinto G, Correia S. Influência de alguns fatores de prognóstico nos resultados obtidos após 567 ciclos de fecundação in vitro consecutivos. *Revista iberoamericana de fertilidad*, 2010; 27(6):499–510.
35. Cunha GBL. Enfermagem reprodução e humana: uma associação para a vida. (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA Ariquemes-RO; 2018.
36. Matos FM, Figueiredo NZ, Melo CF, Baião DC. Aspectos emocionais de brasileiros que se submetem à inseminação artificial. *Perspectivas em psicologia.* 2017; 14(1):96-104.
37. Costa T, Pedrosa M, Goldman CW, Souza MCB. Desafios da educação continuada em saúde reprodutiva: integração multiprofissional e inclusão tecnológica. *JBRA Assist. Reprod.* 2010; 14(4):24-28.
38. Mohamed RPS. Representações sociais de enfermeiros da área de saúde sexual e reprodutiva sobre reprodução humana assistida (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.