

01. CUIDADOS E PREVENÇÕES AO DIABETES NO BRASIL¹

Jonas Rodrigo Gonçalves²

Caroline Pereira Gurgel³

RESUMO

O diabetes, assim como outras doenças crônicas tais como hipertensão, ocupa um lugar de relevância no que diz respeito às doenças que mais atingem a população e mais causam mortes. As políticas públicas voltadas à sua erradicação, embora vantajosas, são insuficientes e custosas. Sendo assim, há a alternativa do diagnóstico precoce da doença, rastreamento, que obteve, do total, 44% representando novos casos. Objetiva-se a solução por meio de novas políticas e conhecimento da doença. O fator degradante da doença exige seu estudo, ao ser observada em familiares próximos. As pesquisas utilizadas usaram questionários fechados para obter dados. A conclusão é que as propostas das pesquisas se mostram eficientes como complementos às políticas existentes.

PALAVRES-CHAVE: DIABETES. SUS. PREVENÇÃO. MEDICAMENTOS. MEDIDAS.

ABSTRACT

Diabetes, as well as other chronic diseases such as hypertension, occupy a place of relevance with regard to the diseases that more affect the population and more cause deaths. Public policies aimed at its eradication, although advantageous, are insufficient

¹ Artigo oriundo de pesquisas no grupo de Iniciação Científica da Faculdade Processus em Direito e Políticas Públicas, sob a orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: este artigo contou com a revisão linguística dos próprios autores e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em: Letras: Revisão de texto; Formação em Educação a Distância; Docência no Ensino Superior; Didática no Ensino Superior em EAD. Licenciado em Filosofia e em Letras (Português e Inglês). Escritor, autor de 36 livros didáticos e acadêmicos. Coordenador dos grupos de pesquisa: Direito e Políticas Públicas; Políticas Públicas do Agronegócio e Gestão Ambiental; Português Jurídico; Língua Portuguesa e Carreiras Públicas.

³ Graduando(a) em Direito pela Faculdade Processus (Brasília/DF). Autor (a) do artigo "Cuidados e Prevenções ao Diabetes no Brasil". Participante do grupo de pesquisa Direito e Políticas Públicas, da Faculdade Processus, sob coordenação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves. Palestrante no Seminário de Pesquisa da Faculdade Processus em 2018.

and costly. Thus, there is the alternative of early diagnosis of the disease, screening, which obtained, of the total, 44% representing new cases. The objective is the solution through new policies and knowledge of the disease. The degrading factor of the disease requires its study, when observed in close relatives. The surveys used closed questionnaires to obtain data. The conclusion is that the research proposals are efficient as complementary to existing policies.

KEYWORDS: DIABETES. SUS. PREVENTION. MEDICINES. MEASURES.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que dentre as principais enfermidades que atingem a população mundial no século XXI, o diabetes, assim como outras doenças crônicas tais como hipertensão, representam certa prevalência, e, por isso, têm virado alvo de grande preocupação da saúde pública. Com isso, há a realização de vários estudos voltados a compreensão das principais causas e a como o diabetes pode ser evitado, sabendo-se que, as principais políticas de intervenção, no Brasil, são realizadas pelo SUS.

Este trabalho tem como objetivo identificar o papel do SUS no combate à doença, tentar esclarecer a importância de estudos visando a coleta de dados, que, posteriormente, podem vir a incentivar a criação de novas políticas públicas, que melhorem o atendimento aos pacientes, e dar ênfase ao caráter abrangente do diabetes, já que, além de ser um grave problema nacional, representa igualmente um agravo de ordem internacional. Cabe citar também que o motivo para a realização de tal estudo deve-se ao presenciamento da deterioração causada pela doença ao organismo humano, ao atingir parentes próximos, e muitas vezes, a insuficiência medicamentosa ou de atendimento.

Trata-se de uma análise do tipo social e teórico, em que se observa a insuficiência do serviço público, o caráter desumano da doença, e a importância dos programas já implantados em nosso país, além da importância de se criar novos planos, complementares aos já existentes; por meio de estudos feitos por todo o Brasil, como no município de Joinville e no estado do Rio Grande do Sul.

Com isso, infere-se que o diabetes ocupa um lugar de relevância no que diz respeito às doenças que mais atingem a população e mais causam mortes. Além disso, as políticas públicas voltadas à sua erradicação são insuficientes, tendo em vista que o agravo ainda causa inúmeros danos.

Sendo assim, há a alternativa do diagnóstico precoce da doença, por meio de campanhas que visem o auto-cuidado, que se mostram como eficientes como resolução de tal mazela.

O intuito é observar o porquê de o serviço público ainda não ser suficiente para erradicar a doença, quais são as vantagens e a importância dos programas que já foram adotados pelo sistema público, geralmente iniciativas do SUS, quais são as possibilidades de novos planos e qual é a abrangência e os riscos representados pelo diabetes.

O interesse acerca da doença surge embasado no fator degradante da doença, ao ser observada em familiares próximos.

O método utilizado foi a verificação de diversas análises feitas em torno do país, geralmente por meio de questionários com questões fechadas, respondidas por portadores selecionados e que aceitaram participar destas. Portanto, é uma análise do tipo social e teórico.

Como já mencionado, a análise tem como base estudos anteriormente realizados, geralmente por estudantes universitários, acerca de como o serviço público pode vir a apresentar melhorias, além daqueles que demonstram as resoluções efetivas, porém insuficientes, adotadas pelo SUS no Brasil.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO DIABETES

Nos últimos anos, ante a motivação por alterações econômicas, sociais, e demográficas, paralelamente a políticas sociais redistributivas contrárias à justiça, além de ter experimentado uma significativa evolução de enfermidades crônico-degenerativas, o Brasil também não conseguiu livrar-se do infortúnio de mazelas infecciosas. Infere-se, desse modo, as disparidades das modificações no perfil de morbimortalidade entre os países atinentes ao Primeiro Mundo e o nosso país.

Dentre tais mazelas, significando uma grande despesa financeira e social para os sistemas de saúde e para a sociedade, com um alto índice de óbito e incidência da doença, há o diabetes. Visando combater esse problema com eficiência e efetividade, é necessária a estruturação criativa e apropriada dos serviços de saúde públicos, determinada pela apuração desse impacto progressivo.

É acometida, atualmente, entre 7% e 8% da população global adulta pelo Diabetes Mellitus (DM), em suas variações mais usuais: DM tipo I (DMI), correspondendo aproximadamente a 10% dos casos, e DM tipo II (DMII), enfermidade

crônica de caráter evolutivo, referente a 90% dos quadros, atingindo em média 347 milhões de pessoas em todo o mundo, além de ser um fator direto de mais de 3,5 milhões de mortes. Tendo em vista a sua complexidade, o conseqüente envelhecimento populacional e a progressiva quantidade de indivíduos atingidos, este é conceituado como problema de saúde pública (Brasil, 2006). Segundo Carson et al. (2010):

História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo II. Já o DM tipo I possui pouca influência hereditária. No presente estudo os seis portadores de DM tipo II afirmaram possuir familiares de primeiro grau portadores da doença, o que demonstra concordância com o preconizado. (ALBUQUERQUE, NASCIMENTO, KARVAT GRACIA, PREISLER, OLIVEIRA, PERNA, SOUZA E SILVA. 2015, p. 3)

Além disso, apresentando maiores riscos a desenvolver o Diabetes ou a tolerância reduzida à glicose, além de histórico familiar, há também como uma causa primordial o excesso de peso, relacionado ao sedentarismo e ao caráter calórico exorbitante das dietas atualmente, levando à obesidade. Por isso, como forma de prevenção não farmacológica ao agravamento da doença e aparição de complicações, há a inegável importância da prática a atividades físicas, primordialmente as aeróbicas.

Isso gera uma ação direta sobre certos indicadores, tais como os níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e colesterol total, ocasionando sua menor concentração no sangue. Isso se deve pois, com a prática dessas atividades, os lipídeos circulantes não são mais utilizados na promoção de tarefas motoras como fonte de energia, assim como posteriormente ao término de exercícios musculares, restabelecendo os estoques energéticos, além de aumentar a sensibilidade da membrana celular para a ação da insulina, o que diminui as quantidades de glicose e insulina circulantes. Entretanto, poucas são as provas existentes que definam os benefícios acarretados pela prática física como suficientes para diminuir o requerimento aos procedimentos de saúde e seus custos de condutas ambulatorias.

O DM é responsável pela supressão progressiva da qualidade de vida e representa uma das razões principais de extirpação de membros inferiores, perda da visão, problemas cardiovasculares e de falecimento, sendo que, em 1997, foi determinado pela OMS que, posteriormente a 15 anos de agravo, 2% dos acometidos possuirão cegueira, 10% apresentarão grave deficiência visual, e 10% a 25%, apresentarão problemas cardiovasculares, entre outras coisas, expondo elevada

morbimortalidade, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006). É responsável por 5,2% das razões de óbito no Brasil, afetando, sobretudo, os mais vulneráveis (pessoas de baixa renda e escolaridade e pessoas de mais idade), assim como outras doenças crônicas.

Com o intuito de adotar-se o tratamento farmacêutico o mais racional possível, é essencial o conhecimento, por parte do portador do DM, acerca das complicações apresentadas pela doença. Entretanto, o que se observa é que tanto no Brasil quanto nos demais países, cerca de 46% à 50% dos diabéticos desconhecem seu diagnóstico, já que a doença tem um tempo de latência assintomática, que varia entre 4 e 12 anos e, por isso, não obtêm tratamento efetivo.

Além disso, há uma estimativa indicando que, em 2020, aproximadamente dois terços das doenças que atingem a população, em dimensões mundiais, corresponderão às crônicas não transmissíveis, dentre elas o Diabetes, destacando-se que, contemporaneamente, correspondem a 45,9% desse total.

Isso significa que a presença do Diabetes, bem como da Hipertensão, como doenças crônicas, são graves infortúnios à saúde pública e indicam condições prevalentes entre os indivíduos, independente do grau de desenvolvimento do país, sendo determinadas, dentre outras coisas, pelas modificações ocorridas no século passado na demografia, nutrição e nas aparições epidemiológicas, assumindo um papel progressivo e preocupante. Há ainda uma comparação de dados com o intuito de alertar as pessoas de que, em 1995, o DM era responsável por atingir 4% da população adulta no globo, e que, em 2025, será responsável por avultar em aproximadamente 5,4% do total de adultos.

Ao se focar no fato de que tal doença não apresenta gravidade somente em países em desenvolvimento, como o Brasil, ou subdesenvolvidos, cabe citar que, nos Estados Unidos, por volta de 33% da população possui diagnóstico de insuficiência renal, relacionado, primordialmente, à presença do diabetes no organismo, sendo os sujeitos submetidos à diálise ou transplante renal, sendo que metade deles é devido ao DM II (adquirido), ou seja, relacionado aos maus hábitos cotidianos; 50% do total de amputações a membros inferiores são realizadas em portadores de diabetes; e ainda, o risco de enfermidades cardiovasculares, incluindo acidentes vasculares cerebrais e doenças corianas, é de 2 a 4 vezes maior em diabéticos do que nos não diabéticos presentes no mesmo grupo de risco relacionado a outros fatores. Dessa forma:

No contexto internacional, desde a década de 90, autores têm utilizado indicadores da atividade hospitalar como medida da qualidade da atenção ambulatorial a diversas doenças, entre as quais o DM. São as chamadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), i.e., uma lista de condições de saúde para as quais a atenção primária efetiva, oportuna e suficiente seria capaz de reduzir os riscos de agravamento e complicações e, conseqüentemente, de internações. (ARTILHEIRO, FRANCO, SCHULZ, COELHO. 2014, p. 2)

Cabe ressaltar ainda o risco a outras enfermidades cardiovasculares, representado pelo diabetes, assim como pela hipertensão, já que a maioria das contrariedades resultantes do Diabetes ocorre devido a complicações micro e macrovasculares. Objetivando o seu controle, aumento da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade, nos últimos anos, como alvo de variadas ações e programas, há a prevenção e controle das DCNT.

Tal como previsto no Plano de ações e Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a articulação de um agrupamento de políticas públicas, como as designadas à garantia da obtenção de medicamentos, se mostra necessária para monitorar e controlar tal agravo no âmbito nacional, visto que está presente em 6,2% dos adultos brasileiros (9,1 milhões de pessoas).

Apresentando-se como instituição de assistência e cadastramento de portadores de diabétes, além de hipertensos, gerando informações voltadas ao acompanhamento do auxílio fornecido aos enfermos, objetivando, dentre outras coisas, a salvaguarda da recepção dos medicamentos receitados, foi instituída uma ação programada de atenção a essas doenças no Sistema Único de Saúde (SUS), chamada Hiperdia. Dessa forma, ressignifica o epidemiológico perfil da população, com o fim de modificar a atual situação, por meio de estratégias de saúde pública, além de buscar um menor custo social e uma melhor qualidade de vida aos portadores dessas doenças.

Além do hiperdia, há ainda pesquisas referentes ao cuidado ao diabetes, e um aglomerado de intervenções de promoção de saúde, qualificação de especialistas, prevenção, diagnose, tratamento, vigilância e amparo farmacêutico, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ações possuem financiamento e execução por parte das três esferas do governo: municipal, federal e estadual, sendo sua maior parte, principalmente pela rede básica de Saúde, exercida pelo municipal.

Houve ainda, objetivando estabelecer metas e diretrizes para a extensão e reestruturação do atendimento no SUS ao diabetes e à hipertensão arterial, além da

qualidade nos serviços de saúde da rede pública aos portadores de tais enfermidades, por meio da garantia à diagnose, adesão do paciente, visando acompanhamento e tratamento, às unidades de saúde e atualização de profissionais, e dessa forma, diminuir a morbimortalidade relacionada a elas, a implementação, pelo Ministério da Saúde, do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, entre os anos de 2001 a 2003.

A Constituição Federal estabelece, no território brasileiro, o direito ao acesso à saúde, sendo esta definida como “direito da população e dever do Estado”, sendo assegurado na estrutura legal do SUS, o auxílio farmacêutico, o amparo terapêutico integral da população, dentre outras atribuições.

Sendo usados justamente como instrumentos terapêuticos para extensão da qualidade e da expectativa de vida, os medicamentos são incumbidos de lapidar a saúde dos sujeitos, podendo inclusive salvar vidas. Retrata um requisito para a cura, controle, tratamento e prevenção de enfermidades, sendo essencial o seu acesso. Entretanto, por não apresentar risco perceptível ou gerar desconforto físico imediato àqueles que possuem a doença e por exigir modificações no estilo de vida, como por exemplo, a utilização constante de medicamentos e continências alimentares importantes para seu controle e diminuição das complicações, o engajamento no tratamento por eles é custoso. Esse engajamento está submetido, dentre outras coisas, às variantes socioeconômicas e psicossociais, à relação médico-paciente, às particularidades terapêuticas e seus atributos.

Para facilitar o acesso a esse tratamento, há a disponibilização de forma gratuita dos seus medicamentos, por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (criado com a demanda de copagamento e complementaridade aos demais projetos desenvolvidos pelo SUS), com a coparticipação de drogarias comerciais e farmácias privadas, apresentando-se atualmente como “Aqui Tem Farmácia Popular”, presente em quase todos os municípios do Brasil. Além de fornecer os medicamentos referentes à diabetes, é importante ressaltar que são igualmente disponibilizados os de hipertensão e asma, e, com 90% de desconto, os de mal de Parkinson, glaucoma, anticoncepcionais, entre outros. Contribui, dessa forma, para a adesão ao tratamento por, principalmente, pessoas com baixa renda e usuários da rede privada de saúde que avistam problemas para a aquisição dos medicamentos nas farmácias comerciais, Tal fornecimento gratuito foi implantado no PFPB na sua reformulação, ocorrida em fevereiro de 2011, e passou a ser chamada de “Saúde Não Tem Preço” (SNTP),

significando, a respeito dos medicamentos prescritos para o cuidado à doença, o fim da contrapartida do usuário em sua obtenção. O direito a obtenção gratuita aos medicamentos é garantido por lei (Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006), que a disciplina.

Para efetivar a compreensão do PFPB, cabe citar dois exemplos de pesquisas para obtenção de dados. No primeiro deles, foi realizado, na Farmácia Municipal de Panambi – Rio Grande do Sul, um estudo para obtenção de dados acerca do uso e retirada gratuita de insulina, seringas e agulhas, por meio de um questionário respondido por possuidores de DM dos tipos I e II. Como resultado obtido, concluiu-se que:

Entre os 25 entrevistados, todos faziam uso de insulina para o tratamento do DM, 76% eram portadores do DM tipo I e 24% de DM tipo II. Quanto ao sexo da população estudada, constatou-se um predomínio do masculino, com 56%. A idade média dos entrevistados foi de 46,4 anos ($\pm 18,96$), variando entre 16 e 79 anos. A faixa etária predominante foi de 50 a 69 anos (40%). (GAERTNER, SCHNEIDER, SPANEVELLO, COLET. 2013, p. 3)

No segundo, foi realizada uma análise a respeito de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013, em que diabéticos e hipertensos, com mais de 18 anos, relataram receber ou não os medicamentos para conter tais doenças (hipertensão e diabetes) pelo PFPB, com o intuito de relatar a sua proporção, conforme caracteres sociodemográficos. Como conclusão, obteve-se que:

Cerca de um terço dos indivíduos hipertensos (35,9% - IC95% 34,1;37,7) e mais da metade dos diabéticos (57,4% - IC95% 54,2;60,2) obtiveram pelo menos um medicamento do PFPB, com algumas diferenças entre as grandes regiões brasileiras; para os diabéticos, foram encontradas maiores proporções de obtenção de medicamentos pelo PFPB por indivíduos de cor preta (69,4% - IC95% 60,8;77,9) e com menor nível de escolaridade (8 anos de estudo) (63,9% - IC95% 60,2;67,7), sem diferenças significativas entre os grupos etários e sexos. (COSTA, URRUTH, LEÃO TAVARES, MENGUE, PEREIRA, MALTA, JÚNIOR. 2015, p. 1).

Outro aspecto é a importância do uso de utensílios denominados glicosímetros, por meio dos quais é possível avaliar-se a glicemia capilar, utilizados, em média, quatro vezes ao dia para manter a glicemia estabilizada, através do equilíbrio da glicohemoglobina e, conseqüentemente, realizar uma gestão rigorosa do metabolismo. Por haver variadas formas de administrar a insulina, faz-se indispensável a avaliação clínica individual do paciente possuidor de DM.

No que diz respeito à orientação necessária referente à participação no programa de educação especial para diabéticos e ao modo de aquisição dos medicamentos, é responsabilidade dos gestores do SUS fornecê-las de forma gratuita. Há também a importância atribuída aos profissionais farmacêuticos, no que diz respeito à explanação acerca da prevenção do Diabetes Mellitus, alertando para o valor de se ter uma vida com hábitos saudáveis, e aos diabéticos, da seriedade com que deve ser conduzido o auto-cuidado, a fim de evitar o aparecimento de complicações. Cabe citar similarmente, que sem o adequado entendimento e compreensão da prescrição médica por parte do paciente, torna-se inviável a correta realização do tratamento pretendido.

Para que haja segurança em tal orientação, é fundamental que aqueles pertencentes à área da saúde, sobretudo farmacêuticos e endocrinologistas, mantenham-se atualizados, tendo em vista que sem a correta aplicação da insulina, não será possível o controle da doença.

Em relação à relevância atribuída aos farmacêuticos pelos portadores de DM tipos I e II frequentadores da Farmácia Municipal de Panambi (RS), obteve-se cinco diferentes opiniões, sendo elas: existência não necessária, devido ao fato de que o próprio portador deve ter noção da doença que possui, necessária no que diz respeito a procurar a cura do agravo, juntamente aos demais profissionais da área de saúde, necessária somente no quesito levar atualizações e informações do Diabetes, por meio do informe das inovações e conhecimentos corretos, necessária como intervenção e apoio aos que possuem a doença, incentivando o tratamento e a importância do saber sobre a enfermidade, e necessária em um domínio geral, pois é importante ao diabético ter um profissional a sua disposição, para orientá-lo da melhor forma possível.

Dentre as principais dificuldades encontradas para que seja realizado o tratamento eficaz do Diabetes, apresentando-se como barreiras a tal, identifica-se o analfabetismo, assim como as não favoráveis taxas de expectativa de vida, pois, devido ao não entendimento das prescrições, ou à inaptidão ao ato de ler, o tratamento se inviabiliza, por mais que o portador aceite as imposições referentes tanto à prescrição, quanto no que diz respeito à alteração de hábitos cotidianos. Há também o hábito de não usar os medicamentos prescritos ou diminuir a sua frequência, o que, por consequência, o torna ineficaz.

Como uma possível solução ao problema do analfabetismo, foi desenvolvido no Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (Nesc-UFPR) uma espécie de prescrição médica alternativa, com o objetivo de proporcionar uma compreensão mais simples e acessível, aumentando, dessa forma, a aderência ao tratamento dos inscritos no programa Hiperdia, que consiste em um programa que promove a obtenção, dispensa e concessão dos medicamentos requisitados por meio do cadastro e acompanhamento dos que realizam seu tratamento de diabetes, assim como o de hipertensão, pelo SUS, além de realizar a identificação dos usuários, enviando dados para o Cartão Nacional de Saúde e que, dentre seus diversos benefícios, instrui os gestores públicos sobre possíveis métodos de intervenções.

Nessa prescrição alternativa, denominada pictográfica, foram usadas cores, assim como nas embalagens dos medicamentos e turno do dia que deveria ser usado. O estudo aconteceu em uma unidade de saúde do município de Colombo, no Paraná, posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, registrado como CEP/SD n. 772.107.09.08, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 0049.0.091.091-09. Foi aplicada uma entrevista estruturada, a 63 pessoas portadoras tanto de Diabetes, quanto de Hipertensão, em que se analisou o antes e o depois da aplicação. Os autores do estudo concluíram que:

Observou-se a elevação da adesão de 60% para 93,33% em relação ao tratamento medicamentoso. No grupo de alfabetizados não houve mudança na adesão. Conclui-se, no entanto, que esse tipo de intervenção é limitado para a melhora da condição de saúde dos pacientes, pois o aumento da adesão se dá em relação tanto ao tratamento medicamentoso quanto à precariedade. (ALBUQUERQUE, NASCIMENTO, KARVAT GRACIA, PREISLER, OLIVEIRA, PERNA, SOUZA E SILVA. 2015, p. 1)

Através da integral cautela a essa patologia, de maneira definitiva e com qualidade, vêm sendo implementadas, com o intuito de prevenir tanto o Diabetes, como suas complicações, numerosas estratégias voltadas à saúde pública, sendo eficientes economicamente, pelo Ministério da Saúde.

Tendo de apresentar condições para vidas sadias aos indivíduos e favorecê-las, incluindo tanto as dimensões econômica, cultural, estatal e social, como a física de ambiente, as políticas públicas voltadas para a promoção e viabilização da saúde são efetuadas por diferentes abordagens, tais como a disposição mais igualitária da renda, medidas fiscais, legislações, taxaço e mudança organizacional, políticas sociais; direcionando-se para a igualdade em saúde.

Dessa forma, há importantes fatores de controle e prevenção ao Diabetes – alterações no modo de vida relacionadas à luta contra o sedentarismo e modificações na dieta. Para que sejam cumpridas tais modificações, há a discussão a respeito de programas eficazes de prevenção do diabetes. Nesse sentido, há a noção de políticas públicas que possivelmente gerarão economia aos serviços de saúde e maior sobrevida aos diabéticos, consistindo em métodos de prevenção tanto primária quanto secundária, evitando a insulinodependência.

Além disso, dentre as medidas vigentes no momento no Brasil para o controle e prevenção do Diabetes, há dois (originados no SUS) que se destacam, sendo eles o Programa Saúde na Escola (PSE), em que, por meio de iniciativas como averiguação da sensibilidade visual, auditiva e psicológica, verificação da ocorrência precoce do Diabetes e da Hipertensão e da existência de cárie, além de avaliações nutricionais, buscam fazer a prevenção a essas doenças e promover a saúde dos estudantes; e o Promoção da Saúde, que dentre outras coisas, foca no estímulo ao exercício físico e à alimentação saudável.

Embora ainda não existam muitas comprovações científicas da eficácia e dos benefícios do processo de rastreamento como forma de diagnóstico precoce (que em tese permite a redução de complicações por meio da terapia precoce), ele geralmente é adotado nos países como forma de prevenção, conhecido como rastreamento “oportunistico”. É realizado por meio de testes pouco invasivos e que possuem aceitação por parte da população como, por exemplo, a medida da glicemia em jejum. Pode apresentar-se como uma eficaz resolução ao problema do crescente aumento do diabetes como doença crônica, que inclusive, apesar de apresentar um alto custo para realização, ainda é mais econômico do que o tratamento medicamentoso com o diagnóstico tardio da doença, porém, exige certa infra-estrutura para ser realizado de maneira eficaz, que boa parte dos sistemas de saúde pública ainda não possui.

Com isso, no Brasil, houve uma reorganização da rede de atenção e da rede farmacêutica e optou-se por fazer uma campanha de rastreamento a uma vez só, embora antes da aquisição de um programa de rastreamento, seja aconselhável que, primeiramente, seja aprimorado o manejo clínico dos diabéticos. Toda via, posteriormente às campanhas de rastreamento, observou-se, relativamente aos aspectos de reorganização e estruturais dos sistemas de atenção básica, alterações positivas.

A Campanha Nacional de Detecção de Diabetes Melittus foi realizada entre 6 de março e 7 de abril de 2001, e, mais tarde, a referente à Hipertensão. Nessa campanha, foram dadas orientações sobre como confirmar o diagnóstico por meio do SUS aos considerados com suspeita de diabetes, com base na urgência aferida no resultado do rastreamento, em que, além de medição glicêmica, também foi realizada a aferição da pressão arterial aos que apresentaram níveis desregulares de glicemia, já que diabetes e hipertensão podem ser coexistentes e, conseqüentemente, elevam o risco de complicações cardiovasculares. Antes da campanha propriamente dita, houve a distribuição de aparatos educacionais e informativos sobre prováveis complicações e aspectos de risco, além da intensa campanha de mídia realizada. Segundo o autor, dos estudos, a campanha apresentou resultados extremamente positivos, mostrando que:

Os resultados verificados na campanha de detecção de suspeitos de diabetes e suas etapas posteriores são impressionantes pela magnitude em si e pelo seu ineditismo – uso de recursos típicos de campanhas de vacinação, aplicados na prevenção de doenças crônico-degenerativas. Com a participação de 22,1 milhões de adultos com mais de 40 anos, houve uma grande capacidade de mobilização de municípios e da população-alvo. (TOSCANO. 2015, p. 7)

Além disso, a partir dessa campanha, estima-se a diagnose de 346 mil novos casos, o que de certa forma é negativo, mas positivo no que diz respeito ao conhecimento do porte da doença por parte dos portadores. Ou seja, uma quantidade significativa dos que participaram da campanha já possuíam diabetes, mas ainda não o tratavam, sendo vinculados a tal a partir da campanha (a cada 64 pessoas analisadas, uma foi diagnosticada como diabética). 139 reais foi o custo de cada caso detectado, levando em consideração o custo da afirmação diagnóstica e os custos federais, e 44% dos indivíduos com resultado positivo ao diabetes no rastreamento afirmaram o diagnóstico e todos eles o fizeram na rede do SUS. Houve também alterações positivas a curto prazo na estrutura e na reorganização dos serviços de atenção básica. Há também evidências de que programas de rastreamento do diabetes seriam mais eficazes se incorporassem estratégias de prevenção primária e talvez a grande questão esteja relacionada a como implementar programas de prevenção que tenham como prioridade a alteração alimentar e as relacionadas à atividade física em indivíduos de alto risco.

Dando ainda ênfase ao caráter resolutivo da diagnose precoce do diabetes, foi adotado pelo Brasil um indicador referente às Condições Sensíveis à Atenção

Primária (CSAP), que consiste em um conjunto de indicadores referentes à atividade hospitalar como forma de medida da eficácia da atenção ambulatorial ao DM, assim como a outros agravos, implementado em contexto internacional a partir da década de 90, avaliando condições de saúde em que a atenção primária suficiente, concreta e adequada, poderia diminuir os riscos de complicações e agravamentos à doença, além de internações. Sua utilização, em nosso país, é nova, e contribui tanto com o conhecimento do progresso e amplitude temporal relativos às internações que poderiam ser evitadas em grupos de patologias ou populacionais quanto com o conhecimento da descrição da atenção ambulatorial oferecida aos pacientes que internam com CSAP, depois da presença do método de Agentes Comunitários da Saúde (EACS).

Em outras palavras, a respeito da importância do cuidado antes do agravamento da diabetes a partir do conhecimento precoce, isto é, antes do aparecimento de complicações como, por exemplo, a cegueira, tem-se que “sabe-se que o controle metabólico adequado pode retardar a progressão da doença e, atualmente, há um consenso entre os autores de que a Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe das tecnologias necessárias para diagnosticar, intervir e acompanhar os pacientes diabéticos com efetividade, propiciando-lhes melhor qualidade de vida e reduzindo lesões nos órgãos alvo.” (PAIVA, BERSUSA, ESCUDER. 2006, ROSA ET AL, 2007). E, além disso: “a APS vem sendo considerada o nível preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) para coordenar os cuidados a esses pacientes, tanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) como os modelos tradicionais.” (ARTILHEIRO, FRANCO, SCHULZ, COELHO. 2014, p.11).

Sabe-se que a adesão, bem como a educação daqueles que possuem diabetes aos programas de tratamento, o efetivo ingresso ao sistema de saúde e a certeza de qualidade do tratamento reduziriam, sem sombra de dúvida, a carga relacionada ao DM. Dessa forma, a ocorrência de internação por DM e suas complicações é um indício de falha referente à atenção aos pacientes de tal agravo crônico, que exige seguimento contínuo e em longo prazo, com ações de prevenção de complicações como o coma ou as complicações renais, e outras.

Há contemporaneamente o vício de se transfigurar as mazelas originárias no âmbito social em questões médicas, e a responsabilidade de dissolvê-las é ocultada na sociedade e transferida aos profissionais e serviços da saúde, por estes exercerem a medicalização da sociedade.

Por último, foi realizada no município de Join-Vie, Santa Catarina, entre 2008 e 2010, uma análise do número de portadores de diabetes, entre 30 e 59 anos, sendo excluídos aqueles que, infelizmente, não obtinham capacidades intelectuais para entender os procedimentos do presente estudo, e dos que se recusaram a participar, residentes do município, internados ao menos uma vez em hospitais públicos ou conveniados ao SUS devido às complicações do DM e identificados no Sistema de Internação Hospitalar (SIH) com determinados indicadores do Código Nacional de Doenças (CID), tais como complicações renais, circulatórias, oftálmicas, coma, ou sem específicas complicações.

Ao total, identificou-se 110 internações correspondentes a 100 pacientes, devido ao fato de que cinco possuíam mais de uma internação. Além disso, ao ser realizado o contato para convocação à entrevista (que consistia em um questionário com 36 questões fechadas acerca de condições sociológicas, demográficas, de saúde e econômicas dos participantes além do uso dos serviços de APS do Município e adesão ao tratamento recomendado) foi constatado que 24 haviam falecido e 26 não foram encontrados pelo registro da Secretaria Municipal de Saúde. Sendo assim, somente 50 portadores fizeram parte da realização do estudo, sendo assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, ao final, tal estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição com processo nº 095/2011.

Como resultado, obteve-se que:

As características sócio-demográficas dos pacientes que compuseram a amostra mostrou um predomínio do sexo masculino (56%), da faixa etária entre 40 e 49 anos (46%), de casados (60%), sendo que a grande maioria morava acompanhado (94%). Mais da metade deles possuía baixa escolaridade, sendo que 50% completou apenas o ensino fundamental e 14% se declarou analfabeto. Com relação ao aspecto econômico, a maioria (88%) possuía renda, encontrava-se em situação de independência financeira (90%) e pertencia às classes econômicas B ou C (88%), consideradas intermediárias. Não houve pacientes das classes extremas, A e E. (ARTILHEIRO, FRANCO, SCHULZ, COELHO. 2014, p. 4).

Além disso, 48% relataram ter duas ou mais doenças concomitantes ao DM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado, é alarmante a extensão do diabetes, e concluiu-se que as medidas voltadas ao seu combate já deveriam ter sido tornadas mais eficazes, embora já existissem algumas que facilitem a vida dos portadores, tais como o

Programa Farmácia Popular do Brasil. Cabe saber se, de fato, são eficazes contra a doença, o que foi demonstrado nas pesquisas.

Observou-se que o diabetes de fato é uma mazela social, assim como outras doenças crônicas não-transmissíveis, que deve ser erradicado da população em nível mundial, ou pelo menos reduzir a sua incidência.

Houve a análise do serviço público como não suficiente para tratar de fato a doença, e da eficácia apresentada pelos programas adotados pelo sistema público, principalmente pelo SUS, e quais eram as possibilidades de novos planos, além dos riscos representados pelo diabetes.

Objetivou-se achar novos meios para o tratamento eficaz da doença, por meio de campanhas e análise de dados explicitando o porquê de ainda não ter-se realizado o apaziguamento da enfermidade.

Como resultados, obteve-se que é de grande ajuda popular o PFPB, anulando a cobrança pela ajuda medicamentosa ofertada, o que gera uma maior adesão pelos portadores. Identificaram-se como obstáculos para a procura do tratamento, o período assintomático da doença, que varia entre 4 a 12 anos, fazendo com que os diabéticos não procurem o tratamento até que a doença se torne grave; a exigência da mudança de hábitos cotidianos, como a imposição de atividade física e dietas; a presença do analfabetismo, que inclusive, revela outro grave problema da gestão pública, fazendo com que, mesmo aqueles que almejam seguir o tratamento, não o consigam, por não entenderem as prescrições médicas; e a pouca atenção dada aos processos de rastreamento, que possibilitaria um diagnóstico precoce e, logo, tratamento evitando os medicamentos.

Além disso, observou-se que, considerando 100 pacientes, houve 110 internações, o que enfatiza os riscos apresentados pelas complicações do diabetes.

REFERÊNCIAS

ARTILHEIRO, Martha Maria Vieira de Salles Abreu, FRANCO, Selma Cristina, SCHULZ, Victor Cubas, COELHO, Camila Carneiro. Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS? Saúde em Debate [online], v. 38, p. 210-224, 2014.

CODOGNO, Jamile Sanches, FERNANDES, Rômulo Araújo, MONTEIRO, Henrique Luiz. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em Unidade Básica de Saúde. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [online], p. 6-11, Jan. 2012.

COSTA, Karen Sarmiento, TAVARES, Noemia Urruth Leão, MENGUE, Sotero Serrate, PEREIRA, Marco Aurélio, MALTA, Deborah Carvalho, DA SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa. Obtenção de Medicamentos para Hipertensão e Diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. ISSN, v. 25, n. 1, p. 33-44, 2016.

GAERTNER, Franciele, SCHNEIDER, Aline, SPANAVELLO, Stella, COLET, Christiane. Procedimentos relacionados ao uso de insulina por portadores de Diabetes Mellitus tipo I e tipo II. *Revista Contexto & Saúde* [online], v. 14, n. 27, p. 44-53, 2015.

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

NASCIMENTO, Bárbara do, GRACIA, Diego Fabian Karvat, DE ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti, PREISLER, Luisa, DE SILVA, Marcelo José de Souza, PERNA, Paulo de Oliveira. Adesão de Hipertensos e Diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, ISSN, v. 14, n. 2, p. 611-624, Ago. 2016.

TOSCANO, Cristina M. *As Campanhas Nacionais para Detecção das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Diabetes e Hipertensão Arterial*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 885-895. Mai. 2015.

02. A ÁREA DE ATUAÇÃO DA PSICOPEDAGOGIA NO CONTEXTO ESCOLAR E SUA APLICAÇÃO NAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM¹

Eunice Nóbrega Portela²

Núbia Gonçalves da Silva³

RESUMO

Este artigo tem como objetivo compreender a área de atuação da psicopedagogia no contexto escolar e como é sua aplicação nas dificuldades de aprendizagem e como objetivos específicos Contextualizar a Psicopedagogia como trabalho preventivo no Brasil, compreender as áreas de atuação do psicopedagogo no contexto escolar, identificar as contribuições da psicopedagogia nos processos de aprendizagem. A questão que norteou essa pesquisa foi: Qual é a área de atuação da psicopedagogia no contexto escolar e como é sua aplicação nas dificuldades de aprendizagem? A metodologia da pesquisa é uma pesquisa exploratório-descritiva, sua fonte é bibliográfica com abordagem qualitativa. Com o estudo realizado pode-se compreender que o trabalho do psicopedagogo é relevante e necessário no contexto escolar. Considerando-se que esse profissional pode articular e promover ações de prevenção, orientação, intervenção, atendimento visando contribuir para a superação das dificuldades de aprendizagem dos alunos. Por conseguinte, é indispensável que o psicopedagogo concretize ações de prevenção, diagnóstico e intervenção no contexto escolar, analisando as peculiaridades, dificuldades e potencialidades de cada aluno, visando garantir a aprendizagem efetiva dos alunos.

PALAVRAS-CHAVE: PSICOPEDAGOGIA. ATUAÇÃO. PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

¹© Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: este artigo contou com a revisão linguística dos próprios autores e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Pós-Doutorado em Psicanálise, Doutora em Educação pela Universidade de Brasília, Mestre em Educação pela Universidade Católica de Brasília, Especialista em Orientação Educacional, Administração Escolar, Psicopedagogia Clínica e Institucional. Pesquisadora, Escritora, Professora Universitária e proprietária da Clínica Living Wellness Center (Aguas Claras e Santa Maria-DF)

³ Mestrado em Ciências da Educação - Universidad Americana - Assuncion/PY - Convalidado pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Especialização: Psicopedagogia Clínica e Institucional - Faculdades Integradas de Jacarepaguá - RJ . Graduação: Pedagogia - Habilitação em Orientação Educacional e Supervisão Pedagógica - CESB/Valparaíso de Goiás/GO Experiência em Atendimento Psicopedagógico Clínico - Clínica Espaço Vida /GO e Clínica Living Wellness Center (Aguas Claras e Santa Maria-DF)

ABSTRACT

This article aims to understand the area of performance of psychopedagogy in the school context and how it is applied in learning difficulties and as specific objectives Contextualize Psychopedagogy as preventive work in Brazil, understand the areas of psychopedagogical activity in the school context, identify the contributions of the psychopedagogy in the learning processes. The question that guided this research was: What is the area of performance of psychopedagogy in the school context and how is it applied in learning difficulties? The research methodology is an exploratory-descriptive research, its source is bibliographical with a qualitative approach. With the study carried out, it is possible to understand that the work of the psycho-pedagogue is relevant and necessary in the school context, considering that this professional can articulate and promote actions of prevention, orientation, intervention, assistance aiming to overcome the learning difficulties of the students. Therefore, it is indispensable that the psychopedagogue concretize actions of prevention, diagnosis and intervention in the school context, analyzing the peculiarities, difficulties and potentialities of each student, aiming to guarantee the effective learning of the students

KEYWORDS: PSYCHOPEDAGOGY. ACTING. LEARNING PROCESSES

APRESENTAÇÃO

A Psicopedagogia é o campo de conhecimento que se destina a integrar conhecimentos e princípios de diferentes ciências humanas com o objetivo de conhecer e compreender os variados processos inerentes ao aprender humano. Ela se interessa pela investigação e compreensão de como ocorrem os processos de aprendizagem e as possíveis dificuldades situadas nesse contexto.

O objeto de estudo dela é a aprendizagem e as dificuldades de aprendizagem, mas em seu sentido amplo é considerada uma área abrangente de estudo e se situa em quatro âmbitos: no âmbito individual, de grupo, das instituições e da sociedade. As áreas de atuação da psicopedagogia se norteiam no enfoque terapêutico, teórico e prático. Trabalha com técnicas de intervenção que possam tratar os problemas de aprendizagem e resgatar os elementos essenciais à aprendizagem do indivíduo.

A PSICOPEDAGOGIA COMO TRABALHO PREVENTIVO

No Brasil na década de 80, a psicopedagogia como proposta de efetuar um trabalho preventivo junto aos alunos e professores, para ajudar no bom andamento das atividades de aprendizagem escolar. Ela nasceu da necessidade de contribuir na busca de soluções para as questões das dificuldades de aprendizagem que os alunos apresentam, neste sentido apresenta propostas de soluções e atuações no sentido de reverter quadros de distúrbios e transtornos de aprendizagem.

O caráter preventivo da psicopedagogia auxilia os profissionais da educação, acerca dos diversos conhecimentos em relação ao homem e sua forma de aprender, envolvendo a biologia, a sociologia, a psicologia e outras.

O objeto de estudo da psicopedagogia deve ser entendido a partir de dois enfoques: preventivo e terapêutico. O enfoque preventivo considera o objeto de estudo da psicopedagogia o ser humano em desenvolvimento, enquanto educável. Considera um objeto de estudo: a identificação, a análise, a elaboração de uma metodologia de diagnóstico e tratamento das dificuldades de aprendizagem. (GOLBERT, 1985, p. 13).

A atenção da psicopedagogia se volta para o sujeito e apresenta uma concepção de sujeito voltado para o seu momento histórico, onde seus conhecimentos são valorizados, e não excluídos de sua cultura, o seu campo de atuação deverá ser o espaço epistemológico, ou seja, o lugar de construção e elaboração do conhecimento.

Estudar a aprendizagem e a forma de ensinar, levando em consideração a realidade quer interna, quer externa do indivíduo, apresentando os aspectos iguais no campo cognitivo, social e afetivo é uma ação da psicopedagogia. Ela estuda as características da aprendizagem humana, como se aprende, como essa aprendizagem se apresenta e varia em sua evolução, como se produzem as alterações da aprendizagem, como identificá-la, reconhecê-las e preveni-las.

O trabalho psicopedagógico acontece na relação do sujeito e sua história de vida, o professor Welitom Vieira dos Santos da Faculdade de Educação da UERJ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, afirma que “O exercício da psicopedagogia não é para quem quer; é, sobretudo, para quem pode. Não basta o domínio teórico, já que seu exercício é metateórico e supõe, por parte do profissional, uma percepção refinadamente seletiva e crítica.”.

A ação psicopedagógica requer compreender o que o sujeito aprende e por que ele aprende, fazendo diagnóstico, orientando, investigando e atendendo em tratamento os problemas emergentes nos processos de aprendizagem.

AS ÁREAS DE ATUAÇÃO DO PSICOPEDAGOGO NO CONTEXTO ESCOLAR

O psicopedagogo atua diretamente junto ao educando que apresenta problemas de aprendizagem, na tentativa de identificar os fatores que interferem no seu processo de aprendizagem e de ajudá-lo a superar as dificuldades apresentadas tais como: problemas em reter o conteúdo trabalhado em sala de aula, dificuldades na escrita e leitura, troca de fonemas ou consoantes, problemas de interação social que acabaram por prejudicar a aprendizagem satisfatória do aluno.

Cabe ao psicopedagogo refletir sobre as dificuldades e sobre os aspectos relativos às dificuldades de aprendizagem, bem como a importância da Psicopedagogia em estabelecer diretrizes e técnicas para a resolução das mesmas e a responsabilidade do profissional da área em intervir para o bom desenvolvimento do aluno não apenas do processo ensino aprendizagem, mas, favorecendo um equilíbrio como todo.

Baseiam-se os relatos em sua exemplificação em casos observados no consultório, da Anamnese à devolutiva com o fechamento do Diagnóstico Psicopedagógico.

Pode se perceber nos dias atuais que o ser humano vive momentos de encontros e desencontros ao longo de sua existência, enquanto adulto, apresenta uma grande necessidade de ser aceito, amado, elogiado e priorizado. E com as crianças e adolescentes percebe-se não ser diferente dos adultos.

A psicopedagogia historicamente surgiu na fronteira da pedagogia e da psicologia, a partir das necessidades de atendimento de crianças com distúrbios de aprendizagem, consideradas inaptas dentro do sistema educacional convencional, (...) e no momento atual, à luz de pesquisas Psicopedagógicas que vêm se desenvolvendo (...) e de contribuições das áreas da psicologia, sociologia, antropologia, linguística, epistemologia, o campo da psicopedagogia passa por uma reformulação. De uma perspectiva puramente clínica e individual busca-se uma compreensão mais integradora do fenômeno da aprendizagem e uma atuação de natureza mais preventiva. (KIGUEL 1991, P. 22).

Contudo, como adultos, é de se esperar que tenha maturidade que os anos e experiências trazem, porém, crianças se encontram em processo de crescimento em todas as vertentes e quando passam por situações adversas nem sempre conseguem “se resolverem”, o que acaba por refletir negativamente em sua vida pedagógica, emocional, psicológica e até mesmo social.

O caminho na prática psicopedagógica reside na oferta de possibilidades de descobrir a criança e suas potencialidades, seu momento histórico e seus contextos de relações sócio-histórico-culturais.

Durante muito tempo, a criança que apresentava dificuldades de aprendizagem, era encaminhada a um especialista para confirmar, ou não, sua “normalidade”. Caso fosse comprovado algum problema no resultado do diagnóstico, ela seria indicada a se matricular em classes ou escolas especiais visando um atendimento educacional diferenciado, contudo, toda essa ida e vinda para deslocar o aluno de uma escola a outra acabava por causar desmotivação a ele, afetando inclusive aos seus pais e/ou responsáveis, pois, teriam que se adaptar a uma nova estrutura e rotina educacional, novas interações sociais entre tantos outros fatores.

Percebe-se como fator de importância a intervenção do psicopedagogo junto aos professores e demais educadores para que tenham uma reflexão acerca do por que o aluno não aprender e quais os fatores que causaram ou mesmo influenciaram a apresentar tais dificuldades. “A interação entre o mestre e o estudante é essencial para a aprendizagem, e o mestre consegue essa sintonia, levando em consideração o conhecimento das crianças, fruto de seu meio”. (FREINET, 2002).

Dizer que a escola não oferece condições satisfatórias para o desenvolvimento de um trabalho que vai de encontro às necessidades e dificuldades de cada aluno é, com certeza, se mostrar acomodado, pois, para que aconteça a superação das dificuldades, é preciso não temer os desafios, a escola é e sempre será um espaço privilegiado para o bom desenvolvimento da aprendizagem, pois, através dela o aluno pode ter um convívio direto com novas experiências, perspectivas e possibilidades de conceber o conhecimento.

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPEDAGOGIA NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM

É importante ressaltar toda a contribuição que a Psicopedagogia promove, levando a uma análise mais profunda de tudo que tange à aprendizagem, proporcionando uma resposta favorável que irá reconhecer as dificuldades e os meios de intervenção, reconhecendo que essas dificuldades fazem parte de um sistema biopsicossocial que envolve a criança, família, a escola e o meio social em que se interage.

O professor João Beauclair (2004), define muitíssimo bem o papel da Psicopedagogia e seus interesses onde diz que: enquanto área de conhecimento multidisciplinar interessa a Psicopedagogia compreender como ocorre os processos de aprendizagem e entender as possíveis dificuldades situadas neste movimento.

É fundamental ter em conta que a pessoa só aprende porque trabalha intelectualmente através de processos que envolvem conflitos, reflexões, retrocessos, novas reflexões e, então, um conseqüente progresso. Durante estes processos a pessoa se vincula com os objetos de conhecimentos sempre mediados pelas significações inconscientes e nunca de maneira direta. Ou seja, quando aprende a pessoa se coloca inteira como sujeito e não somente com algumas partes do corpo ou cérebro.

Nas crianças que apresentam sérias dificuldades ligadas ao ato de aprender, exigindo um tempo diferenciado para conceber a aprendizagem, necessitando muitas vezes da ajuda de um, ou vários profissionais qualificados.

Percebe-se também, que há crianças e adolescentes que não tiveram uma alfabetização satisfatória o que acaba por dificultar o processo da aprendizagem, necessitando que reveja lacunas que precisam ser preenchidas.

Independente das questões que levam um aluno ao fracasso escolar, como exemplo, problemas familiares, biológicos, emocionais, psicológicos e tantos outros, é preciso que encontre respostas que diretamente ou indiretamente vão influenciar positivamente na caminhada escolar e social do mesmo.

Dentre vários profissionais existentes que atuam como facilitadores para ajudar os indivíduos em seus problemas de aprendizagem: fonoaudiólogos, pedagogos, psicólogos e assistentes sociais, ressalta-se a figura do psicopedagogo clínico e sua importância nas intervenções e fechamento do diagnóstico.

A escola e sua equipe deve cumprir sua tarefa de educar e avaliar se as dificuldades de aprendizagem estão presentes somente no ambiente escolar ou fazem parte de outros contextos sociais.

Num primeiro momento a psicopedagogia esteve voltada para a busca e o desenvolvimento de metodologias que melhor atendessem aos portadores de dificuldades, tendo como objetivo fazer a reeducação ou a remediação e, dessa forma, promover o desaparecimento do sintoma, ou seja, é apenas um aspecto no processo terapêutico, e o principal objetivo é a investigação da etiologia da dificuldade da aprendizagem, bem como a compreensão do processamento da aprendizagem, bem como a compreensão do processamento da aprendizagem, considerando todas as variáveis que intervêm nesse processo (RUBINSTEIN, 1992, p. 103).

A aprendizagem é considerada a matriz da própria vida e, por isso, a compreensão e o tratamento que se dá às pessoas com ou sem transtornos do desenvolvimento, não devem mais se apoiar nos pressupostos que trazem consigo a ideia de menos valia e de diferença.

Para a Psicopedagogia clínica o problema de aprendizagem está vinculado às formas singulares de cada pessoa pensar. Não é considerado como um desvio, mas como um sintoma ou uma reação ao ambiente, um sinal de que algo inconscientemente não está bem, o que não se pode deixar de analisar o ambiente familiar no qual a criança e/ou adolescente está inserido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revela que o trabalho do psicopedagogo é de grande relevância no contexto escolar, haja vista que esse profissional pode articular e promover ações de prevenção, orientação, intervenção, como ainda, de atendimento, com o objetivo de contribuir para a superação das dificuldades de aprendizagem dos alunos.

Portanto, é indispensável que o psicopedagogo esteja atuando no desenvolvimento de ações no contexto escolar, considerando as particularidades, dificuldades e potencialidades de cada aluno. É fundamental que este profissional promova a participação dos pais, dos professores, da equipe pedagógica e demais especialistas tendo como foco multidisciplinar as ações educativas e a atuação do psicopedagogo como agente de intervenção nos transtornos de aprendizagem dos alunos no contexto escolar.

Nessa perspectiva, conclui-se que, o psicopedagogo é um profissional que pode atuar de maneira preventiva e intervir em prol da aprendizagem das crianças, considerando as habilidades, potencialidades e dificuldades de maneira individual. A psicopedagogia tem se destacado nessa área de intervenção, seja preventiva, diagnóstica ou interventiva. No entanto, ainda encontra-se como uma área de atuação cuja profissão ainda precisa ser reconhecida, regulamentada. Mesmo assim, há de se reconhecer a valiosa contribuição da psicopedagogia nas dificuldades de aprendizagem no contexto escolar.

REFERÊNCIAS

PAÍN Sara. Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem. Tradução de Ana Maria Netto Machado. Porto Alegre; Artes Médicas, 1985.

VISCA, Jorge. Psicopedagogia: Novas contribuições; organização e tradução Andrea Moraes, Maria Isabel Guimarães – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

WEISS, M. L., Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar. DP & A Editora, Rio de Janeiro: 2004.

RUBINSTEIN, Edith. O estilo de aprendizagem e a queixa escolar: entre o saber e o conhecer. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, Maria Cecília A Psicopedagogia: em busca de uma fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1987.

KIGUEL, Sônia. Abordagem psicopedagógica da aprendizagem. In SCOZ, Beatriz e outras (org.). Psicopedagogia. O caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

RUBINSTEIN, Edith. A psicopedagogia e a Associação Estadual de Psicopedagogos de São Paulo in SCOZ, Beatriz e outras (org.) Psicopedagogia. O caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SCOZ, Beatriz. A identidade do psicopedagogo: formação e atuação profissional. In. SCOZ, Beatriz e outras (org.). Psicopedagogia. Contextualização, formação e atuação profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

03. A LEITURA COMO PRÁTICA SOCIAL E AQUISIÇÃO DA CULTURA NA ESCOLA¹

Eunice Nóbrega Portela²

Ismênia Pereira da Costa Santana³

RESUMO

O ato de ler é o processo de construir significado a partir do texto. Para isso o leitor utiliza na leitura seus conhecimentos prévios, seus saberes linguístico e textual e o conhecimento de mundo. Desde modo, é a partir da interação desses conhecimentos que se consegue construir o sentido do texto. Mas, a partir do momento em que se tem consciência que um dos grandes problemas da educação brasileira é que muitos alunos chegam à vida adulta sem desenvolver as habilidades básicas para ler e o gosto pela leitura, torna-se necessária e urgente uma reflexão sobre a finalidade da leitura que será enfocada neste estudo sob dois aspectos: leitura como prática social e práticas de leitura na escola. Tendo, como meta mostrar que ambas estão diretamente inter-relacionadas e que se constituem através das modalidades de diálogo do sujeito leitor com os sentidos que se estabelecem por meio de suas leituras de mundo.

PALAVRAS-CHAVE: LEITOR. LEITURA. SUJEITO-LEITOR. CULTURA. PRÁTICA SOCIAL

ABSTRACT

The act of reading -in this research- that not only the decoding of the written message but also the reading of the world in which it is inserted is a social practice that is present in the lives of all people, are aware of this fact or not. This is because,

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: este artigo contou com a revisão linguística dos próprios autores e com a diagramação do professor Daniarly da Costa.

² Pós- Doutorado em Psicanálise, Doutora em Educação pela Universidade de Brasília, Mestre em Educação pela Universidade Católica de Brasília, Especialista em Orientação Educacional, Administração Escolar, Psicopedagogia Clínica e Institucional. Pesquisadora, Escritora, Professora Universitária e Empresária.

³ Mestre em Literatura Brasileira; especialização em Literatura Brasileira; especialização em Códigos e Linguagens com ênfase no Ensino Médio e graduação em Letras Português e Respectiva Literatura ambos realizados na Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Educação.

in essence, reading is one of the processes that makes possible the participation of man in life in society, because reading is to participate more actively and critically in human relations. Thus, reading as social practice and reading practices in the school are actions that are directly related, since both constitute through the modes of dialogue of the subject-reader with the senses of construction and reconstruction present in the text the essential condition for the constitution of autonomy of the subject.

KEYWORDS: READER. READING. SUBJECT-READER. CULTURE. SOCIAL PRACTICE

INTRODUÇÃO

Pode-se afirmar que o ato de ler é o processo de construir significado a partir do texto. Para isso o leitor utiliza na leitura seus conhecimentos prévios, seus saberes linguísticos e textuais e o conhecimento de mundo. Desde modo, é a partir da interação desses conhecimentos que se consegue construir o sentido do texto.

Mas, a partir do momento em que se tem consciência que um dos grandes problemas da educação brasileira é que muitos alunos chegam à vida adulta sem desenvolver as habilidades básicas para ler e o gosto pela leitura, torna-se necessária e urgente uma reflexão sobre a finalidade da leitura que será enfocada neste estudo sob dois aspectos: leitura como prática social e práticas de leitura na escola. Tendo, como meta mostrar que ambas estão diretamente inter-relacionadas e que se constituem através das modalidades de diálogo do sujeito leitor com os sentidos que se estabelecem por meio de suas leituras de mundo.

Compreende-se a leitura literária como elemento de aquisição da autonomia do sujeito, porque a leitura dialógica de uma obra literária proporciona ao indivíduo um contato com diversas realidades, com a vida cotidiana, que nem sempre é percebida criticamente devido ao acúmulo de informações muitas vezes condicionadas para um determinado fim. A obra literária traz dentro de si o mundo, ou melhor, oferece uma abertura para o desenvolvimento de novas maneiras de percebê-lo. As palavras de um texto literário estão cheias de sentido que ultrapassam o significado contido no léxico e vão buscar o real sentido no seu contexto. Deste modo, para que se alcance a autonomia na leitura literária é

necessário que o leitor e o texto dialoguem não apenas com palavras, mas com percepções e com sentidos colhidos do próprio mundo no qual se está imerso.

Nessa perspectiva é que este trabalho buscará mostrar a importância da interação entre a leitura dialógica, de leitura literária e de leitura de mundo como elemento de possibilidades de o leitor resgatar seu próprio discurso e tornar-se indivíduo autônomo e neste percurso, entende-se que a escola é o espaço privilegiado para constituição e aquisição desta capacidade.

Deste modo, pretende-se trilhar uma linha de pesquisa abordando o processo linguísticos e social da leitura tendo como pilares as concepções de Mikhail Bakhtin, por entender a obra literária como um espaço de convergência das diversas vozes sociais e dos diversos discursos produzidos nas relações e nos espaços sociais; Paulo Freire, Maria Helena Martins, Marisa Lajolo e Irandé Antunes são nomes importantes que constituíram o referencial teórico.

A LEITURA COMO PRÁTICA SOCIAL

Etimologicamente o conceito de **ler** segundo o Dicionário Aurélio (2001) é: do latim *“legere” – percorrer com a vista (o que está escrito) proferindo ou não as palavras, mas conhecendo-as; decifrar e interpretar o sentido; ver e estudar (coisas escritas)*. Sem dúvida, o ato de ler é usualmente relacionado com a escrita, e o leitor visto como decodificador da letra, porém com a pretensão de ampliar estes limites, pretende-se trabalhar com o sentido de decifração e interpretação do sentido relacionando a prática de leitura sempre como um meio e nunca como um fim.

Normalmente, o conceito de leitura é dado pela simples capacidade do leitor em decodificar sinais gráficos. A leitura, no entanto, abrange um processo bem mais amplo do que a mera decodificação de significantes em significados.

Neste sentido, Martins (1982) enfatiza que a leitura é um processo que acompanha as pessoas desde o nascimento, pois se aprende a ler, não do modo que comumente é conhecido, mas sim, vivendo. Mesmo antes de aprender a falar, a criança já faz escolhas. Essas escolhas são possíveis pelo processo de seleção elaborado por ela a partir de sua “leitura de mundo”. Quando a criança decide de quem gostar, ao perceber quem pode alimentá-la, quem pode protegê-la, está usando, inconscientemente, processos de leitura. A partir disso, pode-se afirmar que, ler é dar sentido às coisas, é saber relacionar-se com lógica dentro do cotidiano.

Na verdade, o leitor preexiste a descoberta do significado das palavras escritas; foi se configurando no decorrer das experiências de vida, desde as mais elementares e individuais às oriundas do intercâmbio de seu mundo pessoal e o universo social e culturalmente circundante. (MARTINS, 1982, p. 17)

Dentro de um contexto bem mais específico, o escolar, Antunes (2004) conceitua a leitura como uma atividade de acesso ao conhecimento produzido, ao prazer estético e, ainda, uma atividade de acesso às especificidades da escrita. Nesse sentido, a atividade da leitura favorece, num primeiro plano, a ampliação dos repertórios de informação do leitor. Na verdade, por ela, o leitor pode incorporar novos conceitos, dados e ideias, ou seja, novas e diferentes informações acerca das coisas, pessoas, acontecimentos e do mundo em geral.

Ter acesso à palavra escrita representa a possibilidade de dominar um instrumento de poder chamado linguagem formal. É nessa linguagem formal que, em qualquer país, estão escritos os códigos, as leis, os regimentos, os ensaios científicos – tudo, enfim, que faz parte da organização e do funcionamento dos grupos. Daí o caráter de exclusão do analfabetismo: ele priva as pessoas de um tipo particular de informação. (ANTUNES, 2004, p. 76).

Esclarece ainda, a referida autora que a leitura possui além do seu caráter de ampliação dos repertórios de informação, outras importantes funções como a chamada leitura de fruição. Esta leitura possibilita a experiência gratuita do prazer estético, do ler pelo simples gosto de ler. Para admirar, para deleitar-se com as ideias e imagens criadas, sem cobranças ou preocupações de qualquer prestação de contas. Sendo justamente neste plano, da leitura de fruição, que encontramos os textos literários e poéticos.

Em suma, a leitura, favorece o processo de formação global do indivíduo e possibilita a sua capacitação para o convívio e atuação social, política, econômica e cultural.

ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE A LEITURA

Assim como Martins (1982), Lajolo (2006) enfatiza que ninguém nasce sabendo ler: aprende a ler à medida que se vive. Assim, se ler livros geralmente se aprende na escola, outras leituras se aprendem por aí, na chamada escola da vida. Estas leituras de mundo independem da aprendizagem formal e se perfazem na interação cotidiana com o mundo das coisas e dos outros.

Do mundo da leitura a leitura do mundo, o trajeto se cumpre sempre, refazendo-se, inclusive, por um vice-versa que transforma a leitura em prática circular e infinita. Como fonte de prazer e de sabedoria, a leitura não esgota seu poder de sedução nos estreitos círculos da escola (LAJOLO, 2006, p. 7).

Sob esta perspectiva, a apropriação dos elementos pertencentes ao contexto que nos cerca é o que constitui nos sujeitos suas primeiras referências de leitura, o que Paulo Freire (1998) denominou de “leitura de mundo”. E a valorização destes conhecimentos prévios, desta bagagem cultural do leitor, ou seja, esta leitura de mundo se caracteriza como um dos elementos essenciais na constituição do sujeito leitor: o diálogo do leitor com o objeto lido – seja escrito, sonoro, um gesto, uma imagem ou um acontecimento.

Deste modo, a partir deste diálogo, ou dialogia como nos diz Bakhtin (1992), o leitor assume um papel atuante, deixa de ser um mero decodificador ou receptor passivo. E a partir daí, começa a estabelecer pontes significativas entre o conhecimento prévio e o saber adquirido.

A velha casa, seus quartos, seu corredor, seu sótão, seu terraço – o sítio das avencas de minha mãe –, o quintal amplo em que se achava, tudo isso foi o meu primeiro mundo. Nele engatinhei, balbuciei, me pus de pé, andei, falei. Na verdade, aquele mundo especial se dava a mim como o mundo de minha atividade perceptiva, por isso mesmo como o mundo de minhas primeiras leituras. (FREIRE, 1988, p.12 - 13).

Assim, aprender a ler significa também aprender a ler o mundo, dar sentido a ele e a nós próprios. Em suma, a leitura vai, portanto além do texto e começa antes do contato com o mesmo. Neste enfoque Martins (1982, p.17) enfatiza que...

Quando começamos a organizar os conhecimentos adquiridos, a partir das situações que a realidade impõe e da nossa atuação nela; quando começamos a estabelecer relações entre as experiências e a tentar resolver os problemas que se nos apresentam - aí estamos procedendo leituras, as quais nos habilitam basicamente a ler tudo e qualquer coisa.

Neste sentido, o sujeito-leitor encontra-se habilitado não só a compreender e conviver melhor no mundo, mas até a modificá-lo à medida que incorpora experiências de leitura, ou seja, à medida que concebe a leitura como um gesto de tomada de consciência de si mesmo e do mundo.

LEITURA E CIDADANIA

De acordo com Barroso (2006), no universo da globalização, a escola pode torna-se uma das instituições mais significativas para o processo de formação e construção da autonomia do indivíduo enquanto ser humano e enquanto cidadão. Neste sentido, conviver com a realidade da sociedade global exige dos indivíduos, mais que em qualquer outro momento, a condição de cidadão pleno, consciente dos direitos e deveres individuais e sociais, ou seja, capaz de reconhecer a si mesmo e ao outro.

Isto ocorre porque nas sociedades pós-modernas, o conceito de cidadania ultrapassa os ideais de um sujeito preñado de direitos e deveres. A ideia de cidadania, atualmente, exige um sujeito voltado para as causas coletivas, em que valores éticos-políticos-sociais passam a também a base do pensamento cidadão. (BARROSO, 2006, p. 22).

Entende-se que a escola no contexto da globalização é desnecessária enquanto depósito de conhecimentos, mas é fundamental enquanto possibilitadora de percepções e intervenções nos meios sociais.

Nesse contexto, afirma Barroso (2006) que algumas questões se evidenciam, entre elas: como discutir os processos de criação, produção, circulação e recepção da literatura numa sociedade reificada onde valores como humanidade, autenticidade, reflexão e criação, próprios do universo humano e da expressão, estão comprometidos pela razão utilitarista e pelo embotamento dos sentidos? Qual é a importância da literatura para os sujeitos sociais nesse contexto? A literatura pode contribuir para a autonomia, no sentido de consciência crítica do cidadão nas sociedades globalizantes? Quais são as relações entre a leitura da literatura e a construção das identidades sociais e individuais? Qual é a função da escola no processo de intermediar as experiências de leitura da literatura nesse universo?

Levantar tais questionamentos não significa propriamente a possibilidade de encontrar respostas para todos eles, mas demonstra as angústias diante da situação humana de paralisia na qual nos encontramos. Revela também a pré-disposição de entender e discutir a criação literária como um importante aliada no processo de representar e fazer pensar a vida social e individual no mundo contemporâneo, a partir de uma leitura crítica e consciente, mediada pela prática pedagógica realizada na escola. Para tanto, faz-se necessário a compreensão de que pensar a literatura, enquanto prática pedagógica é também pensar a sociedade na qual vivemos, e as relações estabelecidas entre arte literária e o mundo social e individual do leitor.

Assim, a compreensão das relações estabelecidas entre literatura e sociedade torna-se aspectos centrais nesta discussão.

Assim, a literatura enquanto instituição social viva tem que ser entendida como um processo. Processo histórico, político e filosófico; semiótico, linguístico; individual e social, a um só tempo. Neste contexto, o ato de ler é um fenômeno de encontro do homem com a materialização da linguagem que poderá ocorrer de diversas formas além da escrita. Ler não é uma habilidade que o indivíduo adquire isoladamente, muito pelo contrário, ler é uma habilidade que se adquire passando por um aprendizado, e é aí que reside sua natureza social. Deste modo, segundo Machado (2007) “a leitura passa por um processo que une a escrita enquanto um sistema e a alfabetização enquanto um processo para a aquisição da habilidade de ler. E esses dois fenômenos se encontram no ambiente em que a escrita é socializada, ou seja, a escola.” (MACHADO, 2007, p. 78). Mas em contrapartida, sabe-se que a leitura não se adquire somente na escola, pois como afirma Paulo Freire “a leitura do mundo precede a leitura da palavra, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade de leitura daquele.” (FREIRE, 1988, p. 11 - 12).

E como afirma Martins (1982, p. 34)

Aprender a ler significa também aprender a ler o mundo, dar sentido a ele e a nós próprios, o que, mal ou bem, fazemos mesmos sem ser ensinados. A função do educador não seria precisamente a de ensinar a ler, mas a de criar condições para o educando realizar a sua própria aprendizagem, conforme seus próprios interesses, necessidades, fantasias, segundo as dúvidas e exigências que a realidade lhe apresenta. Assim, criar condições de leitura não implica apenas alfabetizar ou propiciar acesso aos livros. Trata-se, antes, de dialogar com o leitor sobre a sua leitura, isto é, sobre o sentido que ele dá, repito, a algo escrito, um quadro, uma paisagem, a sons imagens, coisas, ideias, situações reais ou imaginárias.

Neste sentido, a ideia de leitura se amplia, de forma que se lê não apenas palavras, mas sim contextos. Antes de se ensinar a ler é preciso que a pessoa aprenda a ler o mundo a sua volta, seus vários elementos constitutivos, suas imagens e suas mensagens subentendidas.

A PRÁTICA DE LEITURA NA ESCOLA

Sabemos que a sociedade do consumo, das imagens e da velocidade aliada a outros fatores característicos da sociedade local, tais como o analfabetismo, a falta de condições para a aquisição de livros e, principalmente, a ausência de uma

tradição de leitura, são fatores que não contribuem para a permanência da leitura no mundo atual, por isso, a compreensão de ser a instituição escolar local privilegiado para que práticas de leitura efetivamente ocorram.

Muitos alunos talvez não tenham muitas oportunidades, fora da escola, de familiarizar-se com a leitura; talvez não vejam muitos adultos lendo, talvez ninguém lhes leia livros com frequência. A escola não pode compensar as injustiças e as desigualdades sociais que nos assolam, mas pode fazer muito para evitar que sejam acirradas em seu interior. Ajudar os alunos a ler, a fazer com que se interessem pela leitura, é dotá-los de um instrumento de aculturação e de tomada de consciência cuja funcionalidade escapa dos limites da instituição. (SOLE, 2002, p 65).

Ler como qualquer aprendizagem requer dedicação: por isso os alunos devem ter a oportunidade de encarar o livro como um desafio interessante que abrirá portas, não só para o conhecimento, mas também para o entretenimento e a diversão. Assim, torna-se necessário que os professores ajudem os alunos a descobrirem nos textos sua face mais pessoal e prazerosa, sua dimensão mais encantadora e envolvente. E para que isso se efetive de fato, a prática de leitura na escola não deve ser uma atividade extra – quando sobra tempo – ao contrário, a leitura precisa ocupar o horário nobre da aula.

Segundo Lajolo (2006), a discussão sobre leitura, principalmente sobre a leitura numa sociedade que pretende democratizar-se, começa dizendo que os profissionais mais diretamente responsáveis pela iniciação na leitura devem ser bons leitores, pois a formação de bons leitores exige familiaridade com grande número de textos. E se os professores não forem leitores, dificilmente poderão compartilhar e principalmente despertar em seus alunos os encantos, mistérios e alegrias que só podem ser alcançados pela leitura. Deste modo “a literatura constitui modalidade privilegiada de leitura, em que a liberdade e o prazer são virtualmente ilimitados”. A leitura de textos constitui um ponto de encontro entre um autor e um leitor, no qual o leitor reconstrói ativamente o significado do texto, com base nas pistas ou chaves que este lhe oferece e em seus conhecimentos prévios sobre os assuntos tratados nele.

Ler é adentrar outros mundos possíveis. É questionar a realidade para compreendê-la melhor, é distanciar-se do texto e assumir uma postura crítica frente ao que de fato se diz e ao que se quer dizer, é assumir a cidadania no mundo da cultura escrita. (LERNER, 1996, p 2).

Mas devido à ausência de uma tradição de leitura no âmbito da sociedade local, a escola tem sido uma das principais instituições responsáveis por difundir a

literatura nos meios sociais. Entretanto, pode-se perceber que o caráter de saber institucionalizado atribuído à arte literária, tem dificultado a vivência do texto literário enquanto algo preenchido pelo prazer, pela fruição ou pela criticidade, ou seja, a tríade literatura leitura e escola, segundo o constatado em vários estudos sobre o assunto, vêm, quase sempre, descaracterizando a relação esperada entre o leitor e o texto literário.

Neste sentido, afirma Antunes (2003) que reduzir o texto literário a objetos de análise sintática ou pretexto para exercícios ortográficos “é uma espécie de profanação, pois é esvaziá-los de sua função poética e ignorar a arte que se pretendeu com o arranjo diferente de seus elementos linguísticos” (Antunes, 2003, p. 72). Porque o que se espera ao trabalhar com textos literários é despertar a atenção do aluno para aspectos como: a intertextualidade, as figuras de linguagem, os recursos semânticos e fônicos, as imagens possibilitadas pelos sentidos do texto e para as diversas vozes presentes também no texto. É aí que reside a dialogia tão necessária entre leitor e texto.

DIALOGIA: TEXTO – LEITOR

Não se pode falar em dialogia, sem antes citar o autor desta expressão: Mikhail Bakhtin, um dos maiores pensadores do século XX e um teórico fundamental da língua. Em seu livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (1992) está sua teoria da linguagem e do dialogismo. Neste sentido, dialogismo, pode ser conceituado como a interação entre o leitor com o texto através de sua experiência, sua vivência, ou seja, é onde se encontra um sujeito com o outro através dos sentidos construídos através do texto. Bakhtin (1992) concebe a linguagem não só como um sistema abstrato, mas também como uma criação coletiva, integrante de um diálogo cumulativo entre o “eu” e o “outro”, entre muitos “eus” e muitos “outros”.

Segundo Almeida (1999), a leitura como processo dialógico retoma uma visão global de texto, uma vez que a partir de sua contextualização social e histórica. O dialogismo propõe uma nova leitura do homem, da linguagem e da sociedade e a leitura da literatura como processo dialógico, toma a palavra sempre como propriedade de um outro e, portanto, como situada num determinado contexto, numa determinada enunciação.

Ler é um modo não só de conhecer, mas também de praticar a cultura no seu sentido *lato*. Ao ler, o leitor ocupa-se efetivamente com os pensamentos dos outros. Traz para o primeiro plano algo diferente dele, é um momento em que vivencia a alteridade como se fosse ele mesmo. Por esse lado, a relação entre os dois sujeitos – leitor e o texto – é dialógica. (ALMEIDA, 1999, p. 87)

Em resumo o dialogismo é o diálogo com o mundo, com o outro e com você mesmo. E é justamente a partir desta noção de diálogo entre autor e leitor e entre leitor e contexto e pela identificação das diferentes vozes presentes em texto que se constitui a noção de sujeito crítico e autônomo tão discutido nos Parâmetros Curriculares Nacionais.

OS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS – PCNS

Os Parâmetros Curriculares Nacionais –PCNs- são propostas de referenciais curriculares do Ministério da Educação. De acordo com Silva (2004), a proposta curricular dos PCNs constitui-se em uma tentativa de reformular a estrutura educacional brasileira para atender à demanda de um mundo do conhecimento tecnológico e da informação, onde há um acelerado desenvolvimento de novas tecnologias e uma rápida difusão destas no contexto mundial. Assim, os PCNs propõem uma educação socialmente contextualizada, com uma aprendizagem significativa que forma cidadão aptos a participarem ativamente dessa nova realidade pós-moderna.

Na proposta curricular dos PCNs, o enfoque das práticas pedagógicas muda em relação às tradicionais. Não mais estão centradas em metodologias de ensino ou nos conteúdos a serem ministrados, mas, sim no processo de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos alunos. Neste sentido, os PCNs objetivam uma aprendizagem significativa, em que os sujeitos-alunos se tornem aptos a lidar com as mais variadas situações sociais e discursivas e se posicionar frente a elas.

Nos PCNs encontramos uma proposta curricular que visa obter uma integração de campos de conhecimento e experiências que possibilitam uma compreensão mais reflexiva e crítica da realidade, compreendendo processos de produção, organização e transformação do conhecimento, bem como as dimensões éticas inerentes a essa tarefa. Nessa abordagem, o ato de ler atravessa todo o processo de aquisição do conhecimento cognitivo e de construção do sujeito que interage no contexto social. (SILVA, 2004, p. 34/35).

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (1998), o trabalho com leitura tem como finalidade a formação de leitores competentes e, conseqüentemente, a formação de escritores, pois a possibilidade de produzir textos eficazes tem sua origem na prática de leitura, espaço de construção da intertextualidade e fonte de referências modelizado. Neste contexto, um leitor competente só pode constituir-se mediante uma prática constante de leitura de textos de fato, a partir de um trabalho que deve se organizar em torno da diversidade e textos que circulam socialmente.

Assumir a tarefa de formar leitores impõe à escola a responsabilidade de organizar-se em torno de um projeto educativo comprometido com a intermediação da passagem do leitor de textos facilitados (infantis ou infanto-juvenis) para o leitor de textos de complexidade real, tal como circulam socialmente na literatura e nos jornais; do leitor de adaptações ou de fragmentos para o leitor de textos originais e integrais. (PCNs, 1998, p. 70)

Afirma Silva (2004) que exercer a leitura crítica é uma condição básica para o exercício pleno da cidadania. Pois, é pela leitura crítica que o sujeito abala o mundo das certezas, dinamiza os conflitos, organiza sínteses. Assim, a leitura não é apenas uma estratégia do planejamento escolar, mas uma forma de inserção do sujeito no mundo, e nas práticas sociais e discursivas. Deste modo, os Parâmetros Curriculares Nacionais falam de uma prática de leitura não como exercício mecânico ou obrigação social, mas como atendimento de necessidades. E supõe uma leitura dentro de um processo contínuo de constituição de sentidos, por meio, entre outros aspectos, das referências intertextuais. Assim, pode-se afirmar que através do contato que a intertextualidade proporciona com as várias vozes presentes no texto, forma-se a criticidade de um leitor.

Neste contexto, os Parâmetros Curriculares Nacionais defendem uma prática de leitura onde interpretar/compreender seja mais do que adquirir um novo modelo de código escrito e represente, sim, um engajamento em novos mundos criados pelo texto. Porém, ao falar em ensino de leitura não se deve desmerecer os conhecimentos de mundo trazidos pelos alunos, ao contrário, deve-se reconhecer e valorizá-los, pois deste modo, também estará se reconhecendo o contexto social em que estes alunos estão inseridos.

Assim, através de um processo progressivo de aprendizagem, o aluno irá constituindo-se como sujeito, a partir, das várias leituras e da capacidade de compreendê-las. E como nos diz Silva (2004, p. 38):

E, nesse movimento, será capaz de posicionar-se como leitor crítico, produzindo seus próprios textos (discursos) nas diversas situações de interlocução, ou seja, o sujeito-leitor que os Parâmetros Curriculares Nacionais pretende constituir na escola é um ser reflexivo que diante dos sentidos dados *a priori* saiba usar todo o seu conhecimento prévio de mundo para compreender, perceber como um objeto simbólico produz sentidos, e mais, saber como as interpretações funcionam em diferentes situações de práticas sociais e discursivas.

Em suma, é na interação com o outro, por meio dos textos que o sujeito-leitor constrói uma identidade fortalecida capaz de exercer plenamente sua cidadania, sendo capaz de ler não somente o real escrito, mas de ler as possibilidades que as entre linhas oferecem.

O LEITOR DO ENSINO MÉDIO

De acordo com Barroso (2006) ao ingressar no ensino médio, o aluno não é um leitor maduro capaz de vivenciar de forma interativa as experiências de leituras exigidas nos cursos secundaristas, quase sempre, centradas nos clássicos da Literatura Brasileira. Esta imaturidade muitas vezes é consequência das experiências de leituras desenvolvidas nas séries que antecedem ao ensino médio.

A este respeito as Orientações Curriculares para o Ensino Médio na área de “Linguagem, Códigos e suas Tecnologias” (2006, p. 61) enfatizam que:

Quando se focaliza a leitura literária dentro do ensino da Literatura no ensino médio, evidencia-se a questão da passagem de um nível de escolaridade a outro, muitas vezes não mencionada. O ensino da Literatura no ensino fundamental, e aqui nos interessa de perto o segundo segmento dessa etapa da escolaridade (da 5ª à 8ª série), caracteriza-se por uma formação menos sistemática e mais aberta do ponto de vista das escolhas, na qual se misturam livros que indistintamente denominamos “literatura infanto-juvenil” a outros que fazem parte da literatura dita “canônica”, legitimada pela tradição escolar, inflexão que, quando acontece, se dá, sobretudo nos últimos anos desse segmento (7ª ou 8ª série).

Afirmam as Orientações Curriculares do Ensino Médio (2006) que embora haja uma relativa preocupação, sobretudo nas séries finais do Ensino Fundamental, de inclusão do repertório de obras consagradas e consideradas mais difíceis, as práticas escolares de leitura literária têm mostrado que os alunos do Ensino Fundamental iniciam sua formação pela literatura infanto-juvenil, em propostas ficcionais nas quais prevalecem modelos de ação e de aventuras. Os livros para jovens dessa vertente editorial representam, como se sabe, grande fatia do mercado brasileiro, movimentada, sobretudo, pelas demandas escolares.

Ainda de acordo com o referido documento, constata-se, de maneira geral, na passagem do Ensino Fundamental para o Ensino Médio, um declínio da experiência de leitura de textos ficcionais, seja de livros da literatura infanto-juvenil, seja de alguns poucos autores representativos da Literatura Brasileira selecionados, que aos poucos cede lugar à história da literatura e seus estilos. No lugar da experiência estética, ocorre a fragmentação de trechos de obras ou poemas isolados, considerados exemplares de determinados estilos, prática que se revela um dos mais graves problemas ainda hoje recorrentes.

Concluído o Ensino Fundamental, supõe-se que os alunos que ingressam no Ensino Médio já estejam preparados para a leitura de textos mais complexos da cultura literária, que poderão ser trabalhados lado a lado com outras modalidades com as quais estão mais familiarizados, como o *hip-hop*, as letras de músicas, os quadrinhos, o cordel, entre outras relacionadas ao contexto cultural menos ou mais urbano em que tais gêneros se produzem na sociedade. (Orientações Curriculares para o Ensino Médio, 2006. p, 63).

Nesse sentido, as dificuldades demonstradas com o manuseio de uma linguagem mais complexa ou o distanciamento da realidade histórica e social representada nos textos, dificultam o preenchimento dos vazios contidos na obra e, portanto, a concretização de sentidos na consciência do aluno-leitor não se realiza efetivamente.

Esclarece Barroso (2006) que para o sujeito-leitor conseguir preencher os espaços vazios para que os mesmos possam constituir sentidos, torna-se importante que o texto literário não seja totalmente alheio às vivências do leitor. Mas, ao mesmo tempo em que deve se identificar com a realidade do leitor, a leitura de um texto deve também provocar o estranhamento no receptor, pois a literatura tem como função, além de acionar os horizontes do leitor, despertar novos horizontes em que lê. No que se refere à literatura pode-se dizer que a mesma é uma arte de caráter essencial, pois ela nos permite uma experiência inigualável em que a emoção e a razão se misturam no prazer estético. No processo educacional a utilização de textos literários tem sido um dos caminhos para se chegar à fórmula mágica do ensino eficaz. Nessa viagem, muito se tem feito, muitos projetos realmente interessantes de leitura têm sido desenvolvidos para que os alunos possam, através de textos literários adquirir cultura, enriquecer seu vocabulário e ampliar sua visão de mundo.

E como afirma Lajolo (2006, p.106)

É à literatura, como linguagem e como instituição, que se confiam os diferentes imaginários, as diferentes sensibilidades, valores e comportamentos através dos quais uma sociedade expressa e discute, simbolicamente, seus impasses, seus desejos, suas utopias. Por isso a literatura é importante no currículo escolar: o cidadão, para exercer plenamente sua cidadania, precisa apossar-se da linguagem literária, alfabetizar-se nela, torna-se seu usuário competente, mesmo que nunca vá escrever um livro: mas porque precisa ler muito.

Lastimavelmente, porém, sabe-se que muitas vezes, os textos literários são utilizados como pretextos para exercícios de ortografia ou reduzidos a objetos de análise sintática, entre outros aspectos, sendo assim, esvaziados de sua função poética e metafórica e minando no aluno a possibilidade de estabelecer uma articulação e uma apropriação do texto com seus conhecimentos de mundo.

Desta forma, objetivando mudar “esta triste realidade, ” afirma Tinoco (2006) que ler com eficiência um texto literário é voluntariamente, afastar-se do mundo externo a este texto, é apreendendo todas as possibilidades de falas, cores, imagens e olhares, perceber a necessidade de uma opção em assumir o sofrimento prazeroso de querer saber mais, de ampliar o sentido de prazer, de beleza artística.

Paradoxal em si, o ato de leitura mescla prazer e dor; noção de quem se é e a noção do que o mundo deveria ser, e não é. Paradoxal e dialética, a leitura de uma dada “realidade literária” se traveste em utopia e o leitor, entre temeroso e ousado, segue em seus passeios pelos caminhos oblíquos da poesia, do romance, do conto, caminhos construídos na leitura da técnica, da forma, enfim, do mistério indescritível da descoberta. (TINOCO, 2006, p. 207)

Em suma, segundo o referido autor, ler literatura é se assumir como sujeito-leitor, renovado pela própria condição de querer saber mais, tendo prazer nisso. Neste sentido, pode-se afirmar que a obra literária traz dentro de si o mundo, ou melhor, oferece uma abertura para o desenvolvimento de novas maneiras de percebê-lo.

METODOLOGIA

É válido ressaltar que este trabalho foi elaborado através de uma pesquisa qualitativa que buscou referenciais teóricos os quais fundamentassem o conceito de leitura, literatura e dialogia como elementos de constituição de indivíduos verdadeiramente autônomos.

A pesquisa ocorreu por meio de questionários aplicados em uma turma do 2º ano do Ensino Médio do turno noturno em um colégio da rede pública de ensino na cidade satélite do Gama – Distrito Federal.

Neste sentido, após os esclarecimentos iniciais sobre a natureza do trabalho, foi solicitada a participação voluntária e individual destes alunos no preenchimento dos questionários, compostos de 12 (doze) questões, sendo 09 (nove) objetivas e 03 (três) discursivas. Por intermédio desses itens, tentou-se contemplar alguns aspectos que foram considerados relevantes para se propor esta reflexão a respeito da recepção das práticas de leitura e do letramento literário no Ensino Médio, tendo o aluno como eixo central, ou seja, o sujeito portador destas informações.

As questões apresentadas aos alunos centram-se: no gosto dos alunos pela leitura e quais os gêneros mais apreciados; na receptividade às práticas de leitura e à leitura literária; nas condições dos alunos enquanto leitores e na importância da literatura no contexto pessoal.

ANÁLISES DOS DADOS

Para facilitar a exposição dos dados, procurou-se agrupar as questões objetivas nas quais só havia duas opções de respostas e as demais com múltiplas opções foram apresentadas individualmente e das questões discursivas procurou-se observar as respostas com maior índice de semelhança, para assim compor um perfil por aproximação.

Inicialmente no primeiro gráfico, estão agrupadas as perguntas nas quais havia duas opções de respostas, sendo elas:

Você gosta de ler?

Você tem livros de literatura em casa?

Quando você lê o fragmento de um texto literário em seu livro didático, sente-se impulsionado a ler o texto na íntegra?

Você se considera um bom leitor?

Você demonstra facilidade em assimilar/entender/interpretar tudo o que lê?

Você acredita que a escola consiga ser um bom motivador para práticas de leitura?

Deste modo, num universo de 28 (vinte e oito) alunos participantes da pesquisa, obtiveram-se os seguintes dados:

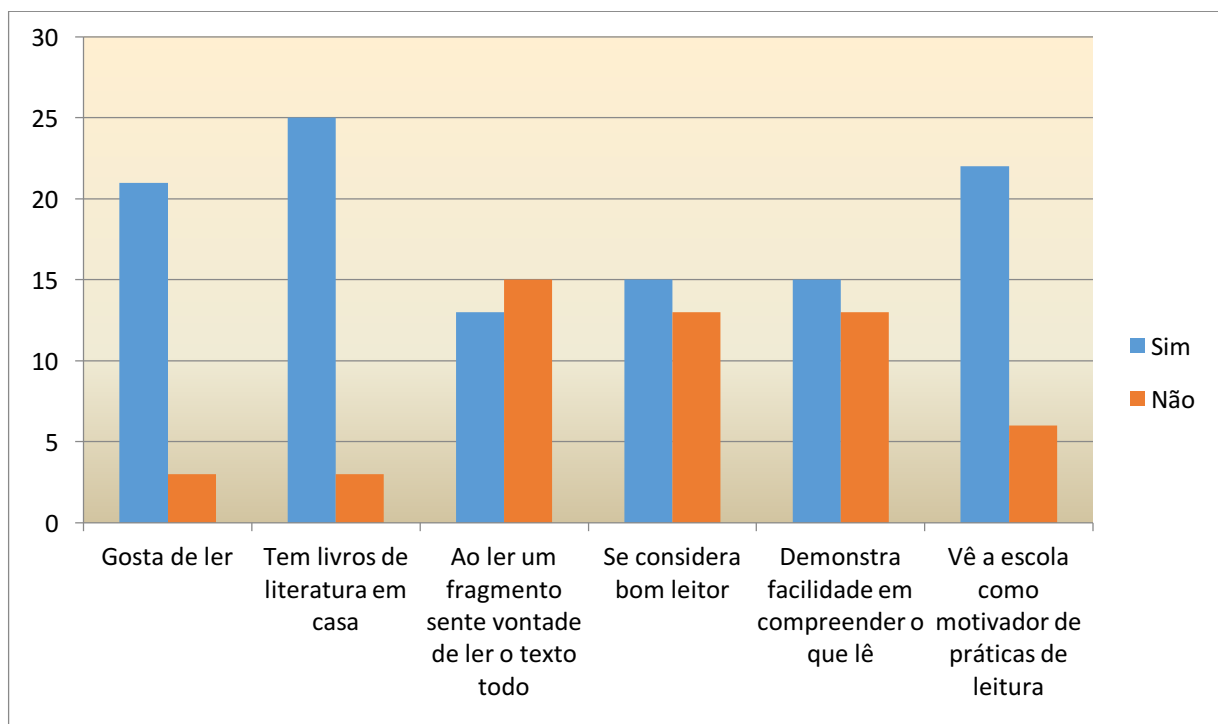


Figura 1 - Questões com duas opções de respostas

As leituras destes gráficos permitem inferir num saldo bastante positivo que 75% dos entrevistados gostam de ler; 89% têm livros de literatura em casa e 79% acreditam que a escola consiga ser um bom motivador de práticas de leitura. Neste sentido, nestes três primeiros itens avaliados percebe-se um avanço no que se refere à importância da leitura no contexto de mundo globalizado em que estamos vivendo, onde cada vez é mais valorizada a necessidade da velocidade, da descontinuidade e verifica-se uma massificação crescente e aguda dos meios tecnológicos, tem-se então, a comprovação de que muitos estudantes realizam práticas de leitura, sendo estas importantíssimas medidas para capacitá-los como cidadão críticos e atuantes na sociedade que almejamos.

Também satisfatoriamente 54% dos entrevistados se consideram bons leitores e demonstram facilidade para compreender o que leem, contrastando com estas respostas somente um dos itens presente neste primeiro gráfico apresenta um percentual negativo. Assim verifica-se que 54% dos entrevistados não demonstram interesse de ler na íntegra o fragmento de texto que aparece em seu livro didático.

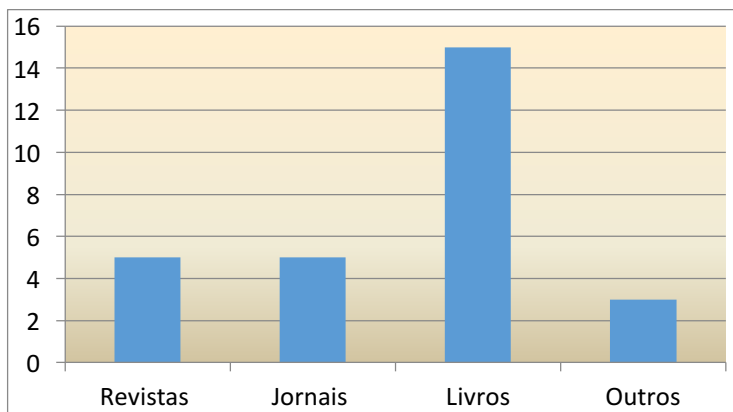


Figura 2- Tipo de leitura mais apreciado

Com relação ao tipo de leitura mais apreciado, verifica-se que 54% preferem livros; 18% preferem igualmente jornais e revistas e 10% preferem outro tipo de leitura. Torna-se necessário informar que neste item a intenção era somente verificar a preferência pelo suporte utilizado para a prática de leitura, independentemente de ser leitura informativa, didática, científica entre outras.

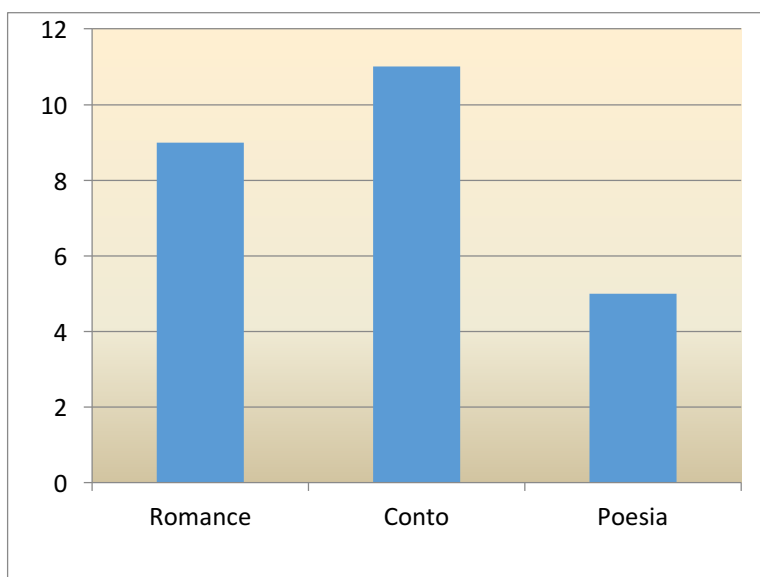


Figura 3- Gênero literário mais apreciado

No que se refere ao gênero literário, obteve-se os seguintes percentuais: 39% preferem o conto; 32% o romance, 18% a poesia e 11% que não contam no gráfico se abstiveram ou não quiseram responder. Pode-se inferir que a preferência pelo conto se justifique por este gênero literário apresentar segundo Cortázar (1974), “a estrutura baseada na intensidade e na tensão conseguindo o sequestro momentâneo do leitor”, ou seja, é uma leitura prazerosa e rápida que não demanda muito tempo por parte do leitor. E a baixa preferência pela poesia talvez possa ser

explicado por este gênero literário ativar a subjetividade, deste modo, a poesia utiliza recursos semânticos, morfossintáticos, fônicos e imagísticos que não são tão bem explorados no contexto escolar, além de muitos alunos a considerarem como gênero exclusivamente feminino.

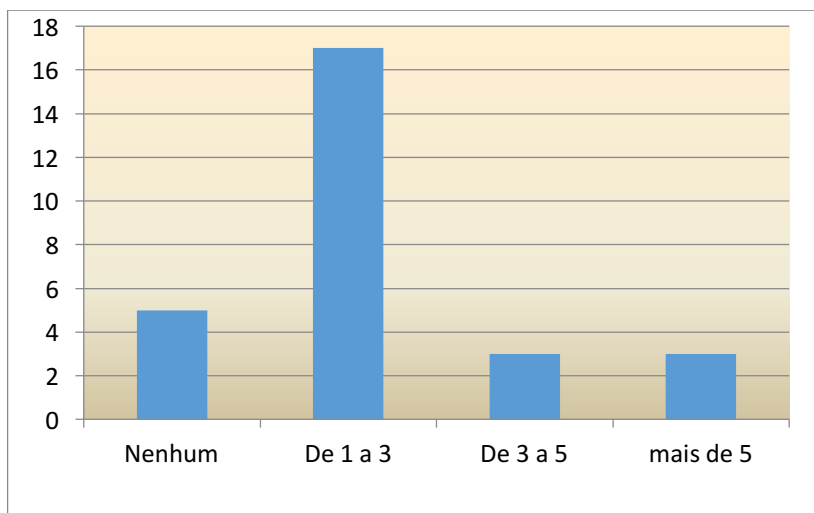


Figura 4- Quantidade de livros lidos durante o ano

Com relação a este item, 60% dos entrevistados declararam terem lido de 1 a 3 livros durante o ano; 18% que não haviam lido nenhum livro e 11% afirmaram que leram de 3 a 5 livros como também 11% afirmaram que leram mais de 5 livros durante o ano. Neste momento o interesse é somente pela quantidade de livros lidos, independentes de serem literários ou não. O que se verifica somando o percentual de alunos leitores, sem considerar a quantidade de livros lidos, tem-se um total de 75% de leitores e infelizmente ainda há 25% deste total entrevistado que não apresentam o hábito de lerem livros.

Mas também esta não participação de leitura de livros pode ser explicada pelo acesso ao livro, pois há de se considerar que para muitos alunos chegarem até o livro, eles precisam vencer uma série de barreiras e dificuldades geradas pela própria engrenagem do sistema. Assim, para muitos estudantes, o livro didático ainda é o único meio de acesso à leitura escolar e literária.

No tocante às 03 (três) questões discursivas, proposta no mesmo questionário apresentado aos alunos, para mensurar as respostas dadas, preferiu-se também apresentá-las através de percentuais, considerando nestas questões somente o percentual mais alto objetivando assim, uma visualização melhor dos dados obtidos. Neste sentido na questão: *a literatura é importante para você*, 79%

dos alunos entrevistados consideraram que sim, e dentre as justificativas dadas, selecionou-se algumas para a transcrição.

1-Sim! Pois nela posso aprender muito e melhorar o meu conhecimento sobre os assuntos, ajuda a desenvolver o pensamento e o modo de perceber algo.

2-Sim, além de ajudar nas dificuldades com a interpretação, é uma fonte rica de aprendizagem.

3-Sim. A leitura aumenta o vocabulário e também é prazeroso para quem ama ler.

4-Sim porque ela me traz tranquilidade.

5-Sim, no entanto a complexidade de textos clássicos e falta de tempo impedem esta prática.

Figura 5 *Transcrições de algumas respostas da questão: “A leitura é importante para você?”*

Através destas transcrições, que foram selecionadas a partir da incidência de respostas parecidas, pode-se notar que para a grande maioria, a leitura é realmente importante, assim, associam sua importância principalmente para a aquisição de novos conhecimentos, mas também assumem que os textos clássicos, considerados complexos por estes alunos e que fazem parte das leituras destinadas para o ensino médio são difíceis de ler e compreender. Neste aspecto pode-se remeter novamente para a questão já citada anteriormente da falta de maturidade do leitor do Ensino Médio, maturidade esta em decorrência em grande parte do despreparo deste leitor nas séries anteriores.

Assim, há uma contradição, porque mesmo conscientes da importância da leitura, muitos alunos não leem porque consideram a compreensão dos textos complexos.

Com relação à segunda questão discursiva que fez a seguinte indagação: *você se sente motivado para participar das aulas de literatura*, obteve-se como resultado um total de 50% dos entrevistados afirmando que não; 39,5% afirmando que sim e 10,5% se abstiveram. Dentre as justificativas dos alunos que responderam que não se sentem motivados a participarem das aulas de literatura, têm-se as seguintes respostas em sua grande maioria:

- 1- Não, muito, porque nem sempre essas aulas atendem as nossas necessidades ou nunca acompanhamos o ritmo delas.
- 2-Não. Acho que na sala de aula, a leitura se torna algo monótono.
- 3-Não, pois às vezes a comprieção não é tão fácil.
- 4-Não. Apesar de gosta de leitura não gosto pois os professores não trazem o tema que o alunos gosta e prolongam a aula deixando muito cansativa.
- 5-Não. Porque não gosto muito de ler.

Figura 6 - Transcrição de algumas respostas da questão: "Você se sente motivado para participar das aulas de literatura?"

Neste sentido, o que se percebe nestas análises é um descompasso entre a leitura literária canônica e o gosto pela leitura, pois se 75% destes jovens afirmam que gostam de ler e num outro quesito 79% afirmaram que consideram a leitura importante, tem-se um percentual elevado que não se sente motivado a participar das aulas de literatura. Como um fator provável pode-se inferir que a metodologia empregada às vezes não consegue despertar esta motivação nos alunos, pois sabe-se que muitas vezes valoriza-se mais a história literária, fatos, datas e biografias do que o texto literário em si. Assim, a linguagem, a intertextualidade e a dialogia texto-leitor se perde e como alguns alunos justificaram em suas respostas, a leitura se torna monótona, cansativa e não atende às expectativas e anseios destes alunos.

Acredita-se que para motivar os alunos a participarem mais nas aulas de literatura, a utilização de recursos como a música, o cinema, televisão, pintura, teatro, CDs, leitura de textos contemporâneos e outras expressões artísticas podem aproximar estes sujeitos das práticas de leitura, além de dar voz e de estabelecer o clima de amizade, respeito, liberdade de escolha e de expressão a estes alunos, para que os mesmos possam debater e aprofundar seus conhecimentos a partir da troca e não somente a partir do discurso do professor.

Sobre a última questão: *o que você entende por leitor proficiente*, 39,5% dos alunos responderam que não conhecem esta expressão; 18% dos alunos souberam responder e 43% não responderam. O índice de participação nesta questão foi muito baixo e dentre os alunos que souberam, obtiveram-se as seguintes respostas:

Uma boa compreensão de um texto.
É um leitor que aproveita a leitura, que entende e que gosta dela.
Talvez seja aquele que lê de tudo, que gosta de ler e que lê muito bem.

Figura 7 - Transcrição de algumas respostas da questão: O que você entende por leitor proficiente?

A escolha de termo *proficiente* foi intencional, haja vista que poderia ter sido usada uma expressão correlata, mas o objetivo foi verificar se esta expressão faz parte do universo linguístico destes alunos e pelos dados apresentados comprovou-se que não. Porque há um discurso sobre a importância da formação de leitores, de se desenvolver a capacidade leitora para que, estes mesmos leitores sejam capazes de atuar na sociedade em que vivem, porém destes 54% de alunos que se consideram bons leitores, somente 18% souberam o significado do termo em questão. Desta maneira, pode-se inferir que estes 18%, mesmo sendo um percentual baixo, podem ser realmente aqueles que adquiriam a capacidade crítica, que nós professores tanto almejamos desenvolver em nossos alunos, e assim, estes conseguem ver os implícitos nos textos se posicionar diante do que foi lido e extrapolar, indo além do texto. Porque quando se fala em formação de leitores, não se pretende apenas dizer aprender a ler ou decifrar o código escrito, pretende-se formar o leitor crítico que reconheça o contexto sócio-político através e nos textos lidos, assumindo assim, uma postura autônoma e consciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este trabalho possa de alguma maneira contribuir para uma compreensão das relações estabelecidas entre a literatura e o homem dos novos tempos. Entendendo a instituição escolar como o principal espaço de formação de leitores e de cidadania e, sobretudo, para a ressignificação das práticas cotidianas em sala de aula no que diz respeito ao ensino de leitura da literatura.

Sabe-se que prática de leitura se caracteriza como um dos processos que possibilita a participação do homem na vida em sociedade, em termos de compreensão do presente e do passado e principalmente em termos de possibilidades de transformação sociocultural futura. E por ser um instrumento de aquisição, transformação e produção de conhecimento, se for efetivamente utilizada

de forma crítica e reflexiva dentro ou fora do contexto escolar constitui-se como importantíssimo elemento contra a alienação.

A leitura é fundamentalmente uma prática social, que possibilita uma infinidade de propósitos, sendo assim, pode-se afirmar que ler é resposta a um objetivo, a uma necessidade pessoal.

Dentro deste enfoque, o ato de ler se refere tanto a algo escrito, quanto a outros tipos de expressão do fazer humano, caracterizando-se também como um acontecimento histórico e estabelecendo uma relação igualmente histórica entre o leitor e o que é lido, resultando na dialogia, que como enfatiza Bakhtin (1992), é a interação entre o leitor com o texto através de suas experiências, ou seja, seu conhecimento de mundo.

No contexto escolar, a questão da formação do leitor, longe de ser específica de determinada série, a leitura de textos literários geralmente funciona como um pretexto de escolarização, sendo que o objetivo de leitura proposto se caracteriza por ser mais informativa do que formativa, deixando uma lacuna na formação destes alunos, ao não os considerar como sujeitos leitores.

De modo, que cabe ao professor, neste processo desempenhar a importantíssima tarefa de ser o mediador, o grande incentivador no sentido de mostrar para os alunos que ler pode e é uma aventura maravilhosa.

Em suma, o professor precisa orientar-se e orientar seus alunos de que a leitura é tudo aquilo que podemos compreender e atribuir significados. Assim, podem-se ler livros, reportagens de revistas, jornais, como também pinturas, esculturas, pessoas, situações. E seja ela qual for estará presente na vida de todos nós, pois a leitura é um processo contínuo, que como afirma Martins (1982), inicia-se logo nos nossos primeiros contatos com o mundo ao nosso redor. Deste modo, o ato de ler deve ser visto como indagação, compreensão, produção e criação, não como reprodução, o que infelizmente ainda acontece em muitas escolas. Neste sentido, para as práticas de leitura se constituam plenamente, precisa-se dar espaço para os debates, para as trocas de impressões e de opiniões. Só assim se pode formar o leitor crítico, que conhece o arsenal literário e sabe posicionar-se a partir das situações lidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Josélia da Silva. *Leitura e ensino, sociedade e literatura: vários problemas e uma proposta*. Dissertação de Mestrado em Teoria da Literatura defendida na Universidade de Brasília em 1999.

ANTUNES, Irandé. *Aula de Português: encontro & interação*. São Paulo: Parábola Editorial, 2003.

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1992.

BARROSO, Maria Veralice. *A leitura da literatura no contexto da globalização: uma reflexão acerca do ensino crítico de literatura nas escolas públicas do Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado em Teoria da Literatura defendida na Universidade de Brasília em 2006.

BRASIL. Secretaria de Educação Básica. *Orientações curriculares para o ensino médio - "Linguagens, Códigos e suas Tecnologias."* Volume 1. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Terceiro e quarto ciclo do ensino fundamental. Língua Portuguesa*. Brasília, 1998.

CORTÁZAR, Júlio. *"Alguns aspectos do conto"*. *Valise de cronópio*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio século XXI escolar: O Mini Dicionário da língua portuguesa*. 4ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio século XXI escolar: O Minidicionário da língua portuguesa*. 4ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler*. 22ª edição. São Paulo: Cortez, 1988.

LAJOLO, Marisa. *Do Mundo da Leitura para a Leitura do Mundo*. 6ª edição. São Paulo: Editora Ática, 2006.

PROFA. Programa de Formação de Professores Alfabetizadores. Coletânea de Textos. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Módulos 2 e 3. Brasília, 2002.

MACHADO, Augusto de Freitas. *Leitura literária: elemento de constituição de um indivíduo autônomo*. Dissertação de Mestrado em Teoria da Literatura defendida na Universidade de Brasília em 2007.

MARTINS, Maria Helena. *O que é leitura*. 13ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

SILVA, Jadyane Pereira da. *O sujeito - leitor nos PCNs*. Dissertação de mestrado em Teoria Literária defendida na Universidade de Brasília em 2004.

SILVA, Ezequiel T. da. *Criticidade e leitura: ensaios*. Campinas, São Paulo: Martins Fontes, 1998.

TINOCO, Robson Coelho. In: *Literatura e Sociedade: (Des) Conexões Contemporâneas*. Revista Cerrados. Publicação do Departamento de Teoria Literária e Literaturas, organizado por Sylvia Helena Cyntrão; ano 15, n. 21. Brasília, 2006.

04. PSICOLOGIA DA DIFERENÇA: POR UMA ÉTICA DA SINGULARIDADE.

Ondina Pena Pereira¹
Flávia Bascuñán Timm²
Jonas Rodrigo Gonçalves³

RESUMO

O presente artigo apresenta resultados preliminares do projeto “Outras Palavras”, projeto que compreende um longo percurso de pesquisas e intervenções com populações em situação de vulnerabilidade. Nesse contato, buscamos desenvolver métodos diferenciados de atendimento psicossocial, apoiando-nos em um universo teórico pouco explorado na área de psicologia, que para nós dá origem ao que chamamos de Psicologia da Diferença. Os dados que obtivemos nas pesquisas e intervenções realizadas até o momento podem, se analisados com as ferramentas teóricas levantadas, revelar formas mais eficazes de enfrentamento às situações diversas (e adversas) que se apresentam nos termos da relação entre subjetividade e alteridade, especialmente nos contextos de classe, raça, etnia e gênero. O objetivo agora é o de apresentar, em maior nível de profundidade teórico-prática, algumas teorias que dão corpo à Psicologia da Diferença. Com base nesse arcabouço da Psicologia da Diferença, pretendemos colocar à disposição dos profissionais de Psicologia, elementos que os auxiliarão na construção de novos métodos que coloquem em perspectiva a diversidade e a cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: PSICOLOGIA DA DIFERENÇA. VULNERABILIDADE. ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL. EMANCIPAÇÃO.

¹ Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (1984), mestrado em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1991), doutorado em Antropologia pela Universidade de Brasília (1997) e pós-doutorado em Psicologia Social na **Université du Québec à Montreal** (2013). Possui mais de 25 artigos completos publicados em periódicos, 50 artigos publicados em anais de eventos, 30 comunicações orais em diferentes eventos, realizou 29 pareceres, orientou 30 dissertações de mestrado, orientou 4 teses de doutorado, 60 orientações de Trabalho Final de Curso e de Iniciação Científica. Tem atuação no campo da pós-graduação há mais de 18 anos. Pesquisa a área de saúde e sua relação com as ciências humanas e a filosofia; a psicanálise e suas relações com a sociedade; epistemologias em psicologia; a psicologia e a interculturalidade; teorias de gênero e feminismo; imagens técnicas e teoria do simulacro; clínica política. Tem livros e artigos publicados na área de Filosofia, Psicanálise, Psicologia Social e Política e Gênero. Lidera grupos de pesquisa em Psicologia e Filosofia, atua com consultora de Revistas Científicas, tem experiência com projetos de pesquisa e extensão universitária na área de Psicologia. Coordenadora do projeto Outras Palavras.

² Pesquisadora, psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela UCB. Auxilia, no projeto Outras Palavras, na articulação com a construção e acompanhamento do grupo de pesquisa, articulação com o campo de pesquisa, supervisão dos atendimentos psicossociais e produção teórico-metodológica.

³ Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

ABSTRACT

This article presents preliminary results of the project "Other Words", a project that includes a long research and intervention with vulnerable populations. In this contact, we seek to develop differentiated methods of psychosocial care, supporting us in a theoretical universe little explored in the area of psychology, which for us gives rise to what we call Psychology of Difference. The data we have obtained in the researches and interventions carried out so far can, if analyzed with the theoretical tools, reveal more effective ways of coping with diverse (and adverse) situations that arise in terms of the relation between subjectivity and otherness, especially in contexts class, race, ethnicity and gender. The objective now is to present, in a higher level of theoretical and practical depth, some theories that give shape to the Psychology of Difference. . Based on this framework of Psychology of Difference, we intend to make available to Psychology professionals, elements that will help them in the construction of new methods that put diversity and citizenship in perspective.

KEYWORDS: PSYCHOLOGY OF THE DIFFERENCE. VULNERABILITY. PSYCHOSOCIAL ATTENDANCE. EMANCIPATION.

INTRODUÇÃO

Pretendemos, com o presente artigo, apresentar resultados preliminares do projeto "Outras Palavras", que preconiza pesquisas e intervenções com populações em situação de vulnerabilidade. Paralelamente ao aprofundamento teórico-prático da Psicologia da Diferença, universo pouco explorado na área de psicologia, visamos desenvolver e estimular o desenvolvimento de métodos diferenciados de atendimento psicossocial. Isso se justifica na medida em que as inúmeras pesquisas e intervenções realizadas anteriormente por nós, assim como as ferramentas teórico-práticas até aqui delineadas, podem auxiliar a desenvolver formas mais eficazes de enfrentamento às situações de violência e de violação de direitos que afetam a saúde das pessoas.

Em nossas análises, compreendemos que os métodos utilizados nos atendimentos psicossociais atualmente não abarcam a complexidade das determinações que atravessam o adoecimento psíquico dos cidadãos contemporâneos, tais como questões socioeconômicas, políticas, religiosas, familiares e comunitárias. O que procuramos é realizar um deslocamento em que

deixamos de focar a clínica e a escuta na esfera da intimidade, para focar a dimensão social dos problemas que acabam por afetar não só materialmente, mas também simbolicamente a vida das pessoas.

Torossian e Rivero (2009) problematizam sobre os sentidos atribuídos ao termo vulnerabilidade social, que associa a vulnerabilidade unicamente a fatores socioeconômicos (pobreza e carência), limitando a compreensão do problema apenas às condições materiais. Alertam, no entanto, que o termo exige um olhar dinâmico e contextualizado sócio, histórico e politicamente, capaz de superar a identificação apenas das fragilidades e reconhecer as potencialidades (recursos, habilidades, estratégias individuais e grupais) da população.

As autoras supracitadas alertam que a vulnerabilidade social está relacionada à falta de acesso da população aos serviços de proteção e cuidado e das políticas públicas e de cidadania. O distanciamento das pessoas da vida pública favorece as vulnerabilidades, pois estas se centram na intimidade e na esfera doméstica e/ou privada e perdem contato com o tecido social e a vida pública.

Sennett (1998) demonstra que o investimento moderno está centrado na personalidade e que essa demanda produz ansiedade, tendo em vista a busca, ilusória, de autossatisfação. “O mundo dos sentimentos íntimos perde suas fronteiras; não mais se acha refreado por um mundo público onde as pessoas fazem investimento alternativo e balanceado de si mesmas” (SENNETT, 1998, p.19). O autor demonstra que há uma corrosão do mundo público e uma centralidade no Eu e uma crença nos estados psicológicos como reveladores da personalidade. É nesse jogo entre personalidades que ocorre a troca mercantil das intimidades, diz o autor. As pessoas, nesse cenário, trocam intimidades de acordo com as personalidades que são apresentadas na interação social, mas não conseguem partilhar uma vida coletiva e pública. A comunicação, então, está estruturada na dinâmica narcísica, passando pelo ideal da intimidade e pela expectativa de “satisfação das necessidades do eu”. (SENNETT, 1998).

Sennett (1998) alerta para as desmedidas desse investimento no Eu, por meio da busca nas relações de intimidade, que, ao invés de promover um cuidado de si, de expandir as inter-relações, enfraquecem os laços sociais, fortalecem o narcisismo e despotencializam a ação e a paixão no mundo público. O isolamento na esfera íntima não salva, e, sim, enfraquece a ação política.

A ideologia da intimidade se converte em tirania, diz Ilouz (2011), já que há a

“imposição de um sistema unidimensional de interpretação”. Para a autora, o investimento na intimidade globalizou a interpretação *psi*. Ou seja, toda e qualquer realidade – social, política ou econômica passa a ser vista como códigos ou signos que caem no sistema de significação e/ou interpretação psicológica que exclui outras dimensões da existência, que é a política, a história, a coletividade, entre outros. Seguindo a forma de um certo psicologismo, toda realidade é transformada numa intimidade capaz de ser lida, diagnosticada, classificada e adaptada pelos discursos *psis*. Mas como transformar a ideologia da intimidade numa proposta psicossocial capaz de ouvir as demandas da população sem reduzir todos os afetos à dimensão individual? É com base nessa pergunta que, por meio do projeto “Outras Palavras”, realizamos diferentes pesquisas, nos últimos anos, e que seguimos realizando novas experimentações com o intuito de produzir documentos que auxiliem profissionais psicólogos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do Distrito Federal.

Na esteira da problematização sobre a importância de reconhecer as políticas públicas vigentes, o Conselho Federal de Psicologia enfatiza a importância do(a) psicólogo(a) nesse campo, que deve:

Promover a ampliação e a qualificação da atuação profissional de psicólogos/as que atuam na esfera pública, oferecendo referências para a atuação do profissional nesse campo, identificando oportunidades estratégicas de participação da psicologia nas políticas públicas e promovendo sua interlocução com espaços de formulação, gestão e execução em políticas públicas. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.13).

Torossian e Rivero (2009) retomam as contribuições de Michel Foucault para demonstrar que os discursos da vulnerabilidade se dão no interior do discurso entre as forças constituídas nas relações que determinam o saber e a verdade. Para nós, são essas relações de poder que mantêm o discurso da vulnerabilidade, tais como falta, carência, pobreza e impossibilidade, um conjunto de interpretações que despotencializam o sujeito da ação.

A função crítica em Psicologia consiste na construção de um campo conceitual que reúna algumas teorias e ações psicológicas que resistam aos sistemas hegemônicos de significação e de poder. Tais teorias e ações instalam-se na contracorrente das configurações psicológicas normativas, excludentes e inibidoras da criação de novas significações. Assim sendo, colocam em questão as formas de

pensamento historicamente estabelecidas que usualmente fornecem o modelo de produção da subjetividade humana. Trata-se, pois, de se empenhar no reconhecimento da existência de diferentes formas de viver ocultadas no processo de positivação das significações hegemônicas. Na perspectiva da diferença, as significações ocultadas se revelam como potências criadoras de sentidos emancipadores.

A proposta inicial de atendimento psicossocial consiste na busca da intensificação dos vínculos afetivos e sociais, por meio de reflexões, que levem à suspeição dos significados hegemônicos, já que sustentam valores e crenças institucionalizados que acabam por manter a vulnerabilidade social e, conseqüentemente, o sofrimento psicológico. Compreendemos que os vínculos interacionais envolvem experiências significativas e a proposta metodológica do atendimento consiste em provocar reflexões capazes de conduzir a conhecimentos que dão novos sentidos às vicissitudes da vida cotidiana. A validação da experiência subjetiva das pessoas com foco na sua potência criadora conduz à aprendizagem do manejo de aspectos conscientes e inconscientes da realidade. O objetivo é também o de desenvolver a capacidade de desconstruir mitos e crenças que impedem a emancipação humana. O trabalho psicossocial segue o princípio da realidade, auxiliando as pessoas a enfrentarem contradições, dilemas, ambigüidades e conflitos que acentuam as experiências dolorosas e traumáticas. Processos estes que exigem cuidado, aconselhamento qualificado e uma escuta fundamentada em teorias e métodos contemporâneos, oferecidos pela Psicologia da Diferença.

Os fundamentos epistemológicos da Psicologia da Diferença estão nas contribuições de Spinoza, Foucault e Deleuze.

A proposta ontológica do Spinoza aponta para uma forma afirmativa do ser e de todas as coisas, o que corrobora para a proposta metodológica de apontar as potencialidades dos sujeitos e não suas faltas e carências.

Spinoza nos ensina que é necessário conhecer as relações que são constituídas com os afetos para que mudemos nossa forma de pensar e, conseqüentemente, de agir. As ações discriminatórias não são apenas atos, mas cognições abarrotadas de afetos e valores, articuladas com o social, o político e o econômico que levam à exclusão social.

Denise Jodelet (2011) fala sobre os processos psicossociais da exclusão e afirma que a exclusão:

Se dá nas relações interpessoais ou intergrupais, na forma material ou simbólica, nomeadamente: na segregação, através da dissociação de grupos ou pessoas; na marginalização, colocando o indivíduo à parte do corpo social; e na discriminação, através do fechamento do acesso a certos bens ou recursos, certos papéis ou status (p.53).

Tendo como base a ética de Spinoza, a hipótese do presente artigo é a de que as situações de vulnerabilidade, produzidas por situações vinculadas a violações de direitos (sexismo, homofobia, racismo, pobreza, etnocentrismo, *bulliyng*, fundamentalismo religioso, entre outros), não são ações, mas repetições de um modo miserável de existência que acarreta o enfraquecimento da vida pública, logo, produtora de sofrimento e o adoecimento psíquico. Essa forma de vida - desprovida de ação política e social, decorrente de um mundo egocentrado e com exigências cada vez mais individualizantes - está presente em diversos contextos: na escola e na universidade (práticas de *cutting*, suicídios, ansiedade e depressão dos estudantes), no judiciário (crimes), na saúde (adoecimentos em virtude de diferentes violências: estupro, abuso sexual, violência obstétrica, violência de gênero, etc.), na assistência social (atende violações de direitos que afetam os laços familiares e comunitários, e estão relacionados com os casos que também acessam o serviço de saúde), entre outros.

Por essa razão, a noção de diferença é importante para a consolidação de uma intersubjetividade emancipadora, capaz não apenas de tolerar, mas de desejar a diferença. Isso significa a produção de modos de subjetivação que se engajem em linhas de fuga em meio à repetição normatizadora, que afirmem uma atividade criadora, transformadora.

Essa via nos permite apreender os discursos hegemônicos que constroem a liberdade e nos habilita a desmontar o funcionamento do poder de constituição de domínios, de imposição, de interpretação, em que se constroem argumentos para afirmar ou negar verdades. Abre-se, aqui, a possibilidade de esvaziar tais narrativas e construir outras que multipliquem os horizontes, buscando a libertação com relação aos sentidos fixos do discurso hegemônico.

A PSICOLOGIA DA DIFERENÇA E A EXPERIÊNCIA COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

As experimentações do projeto “Outras Palavras” surgiram no contexto acadêmico de 2014. Inicialmente oferecemos atendimento integral às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, com foco na prevenção, acolhimento e intervenção psicossocial. Ao longo dos anos, estabelecemos parcerias com Hospitais, Delegacia da Mulher, Centro de Referência de Atendimento à Mulher, Ministério Público e organizações não governamentais da região de Taguatinga, Areal, Vicente Pires e Riacho Fundo. Foram também realizadas palestras em diferentes espaços, tais como: escolas, igrejas e outras instituições. Foram ouvidas mais de 100 mulheres em situação de violência doméstica e familiar e homens autores de violência. Atualmente temos parceria com o “Projeto Sim”, vinculado ao Núcleo de Práticas Jurídicas da Universidade Católica de Brasília, que atende diferentes vulnerabilidades em situação de conflito com o judiciário.

Essa experiência permitiu reflexões sobre o papel da Psicologia no enfrentamento de diferentes violências, com a consciência de que o sexismo, o racismo, a pobreza, entre outras categorias estão profundamente enraizados em nossa sociedade e organizam as discriminações.

Um dos contextos de vulnerabilidade se refere à violência de gênero. De acordo com os dados da Central 180⁴, foram registrados, no 1º semestre de 2016, 67.962 relatos de violência e 86,64% destes se referem a situações de violência previstas na Lei Maria da Penha⁵, lei 11.340/2006. O relatório sinaliza, ainda, “que 78,72% das vítimas de violência doméstica possuem filhos/as e que 82,86% desses(as) filhos(as) presenciaram ou sofreram violência.”

O Mapa da Violência (WASELFSZ, 2015), em edição especial sobre a violência de gênero, reuniu diferentes dados de homicídios contra mulheres, sobretudo na área da saúde, e identificou que **4.762 mulheres foram assassinadas**

⁴ Central de Atendimento à Mulher. Trata-se de um telefone de serviço utilidade pública, gratuito, confidencial, criado em 2005. O serviço era oferecido, até 2016, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério da Justiça e Cidadania. A Central recebe denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher e orienta as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para outros serviços quando necessário.

⁵ Do total de atendimentos do 1º semestre de 2016, 12,23% (67.962) corresponderam a relatos de violência. Dentre os relatos, **51,06% corresponderam à violência física; 31,10%, violência psicológica; 6,51%, violência moral; 4,86%, cárcere privado; 4,30%, violência sexual; 1,93%, violência patrimonial; e 0,24%, tráfico de pessoas.**

em 2013 no Brasil; destes assassinatos “50,3% foram cometidos por familiares, sendo que em 33,2% desses casos, o crime foi praticado pelo parceiro ou ex”. Conforme o mesmo documento, pode-se inferir que ocorrem **13 homicídios femininos diários**. De 1980 a 2013, 106.093 mulheres brasileiras foram assassinadas. O documento, embora não objetive alcançar um diagnóstico preciso da realidade brasileira, evidencia um grave problema social: o da **letalidade intencional violenta por condição de sexo**.

Para a socióloga Lourdes Bandeira, o crime contra mulheres por razões de gênero enquadra-se no feminicídio e este, segundo a autora:

representa a última etapa de um *continuum* de violência que leva à morte. Seu caráter violento evidencia a predominância de relações de gênero hierárquicas e desiguais. Precedido por outros eventos, tais como abusos físicos e psicológicos, que tentam submeter as mulheres a uma lógica de dominação masculina e a um padrão cultural de subordinação que foi aprendido ao longo de gerações. (BANDEIRA, s/n, apud <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/femicidio/>).

A articulação desse debate nos leva às contribuições de Segato (2003) sobre a **naturalização do ato violento** que, genericamente, segue a mesma produção linguística, assentado nos saberes também binários, entre a figura do legislador e do legislado, que naturalizam a violência.

De acordo com Segato (2003), os corpos das mulheres vitimadas não são apenas matérias sexualmente definidas para marcar o poder masculino, mas também corpos considerados abjetos no contexto da matriz hegemônica, tal como teorizada por Butler (2003). Essa violência tem como objetivo dar movimento à virilidade ameaçada pelo discurso da diferença. O ato violento, a agressão do parceiro íntimo, evidencia que por trás do corpo da mulher não existe sujeito, já que este está submetido à abjeção permanente, servindo como mensageiro de uma ordem de competitividade e conquista entre os homens.

As análises teóricas iniciais e os dados apresentados apontam não apenas para a força com que o sexismo aparece nas relações íntimas – com importante implicação social, uma vez que situações abusivas e violentas afetam o trabalho, a formação intelectual (escola), a família e a saúde daqueles que a vivenciam – mas também para a naturalização da violência no meio social, que não raro se expressa nas escolas, na vizinhança e, de forma mais clara, nas delegacias, no judiciário e nos sistemas de urgência em saúde, nos centros de referência de assistência social, evidenciando-o como um grave problema social e político.

O projeto *Outras Palavras* foi gestado e caminha ainda na esteira dessa experiência teórico-prática. A partir das experimentações do projeto e das bases teóricas nas quais ele se apoia, tornou-se urgente questionar o papel da Psicologia no enfrentamento às violências e às vulnerabilidades. Além desse papel, à Psicologia cabe também se perguntar sobre formas de contribuir com a produção de novos processos de subjetivação, desvencilhados de velhos modelos patriarcais, racistas e homofóbicos.

É importante destacar que a perspectiva de gênero está descrita na Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), que visa “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Outros dois objetivos da Agenda 2030 compõem a proposta: 1) Redução das Desigualdades; 2) Paz, Justiça e Instituições Eficazes. O primeiro deles tem como objetivo “reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles”, e o segundo “promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”.

SPINOZA E DELEUZE: POR UMA PSICOLOGIA DA DIFERENÇA

Spinoza nos ensina a cultivar a força, a potência da alegria, se quisermos nos libertar de tudo aquilo que nos tiraniza, especialmente as ideias equivocadas, fabricadas com nossa imaginação e não com a nossa capacidade racional. Sua tese do paralelismo pensamento-corpo (SPINOZA, 1677/2008, pp.167-171) afirma que não há qualquer relação de causalidade entre o pensamento e o corpo, não havendo, portanto, nenhuma eminência de um sobre o outro. O que é ação na alma é também necessariamente ação no corpo e o que é paixão no corpo é necessariamente paixão na alma.

Trata-se de dois universos – o do pensamento e do corpo – como expressões de uma mesma realidade. Tais expressões resultam dos encontros entre ideias, dos encontros entre corpos. É importante que, nesses encontros, os corpos convenham um ao outro, as ideias convenham uma a outra. É essa a condição para que se componham entre si e formem um todo mais potente. Caso não se convenham - uma ideia a outra ideia, um corpo a outro corpo – o resultado é a decomposição, isto é, sua redução à impotência (SPINOZA, 1677/2008, p. 177-259).

A noção de potência condiz com sua concepção de desejo como positividade, que se define em sentido contrário à tradição platônica, seguida pela psicanálise, que entende o desejo como baseado na falta. Spinoza define o desejo como “o apetite com consciência de si mesmo” (SPINOZA, 1677/2008, p.177), sendo que a consciência do desejo não acrescenta nada ao apetite. O desejo não nasce por julgarmos uma coisa boa e, então, tendermos para ela. Ao contrário, é o fato de tendermos para ela, isto é, de já a desejarmos, que a torna boa (SPINOZA, 1677/2008, p.177).

Essa inversão elucida a noção do desejo: sendo o apetite o esforço (*conatus*) pelo qual cada coisa persevera no seu ser, esse esforço determina-se pelas afecções que nos vêm dos objetos, o que causa a consciência do *conatus*. A consciência, nesse sentido, é o sentimento da passagem de uma perfeição maior (alegria) a uma menor (tristeza), ou o inverso, dependendo da forma pela qual somos afetados pelos objetos encontrados. Aqueles que nos convêm, levam-nos a uma potência superior, os que não nos convêm comprometem nossa coesão e nos subdividem, levando-nos à impotência (SPINOZA, 1677/2008, p.181).

A riqueza dessa inversão é que ela possibilita a constituição de um novo campo teórico (multidisciplinar) para os estudos sobre o psiquismo e sobre as experiências concretas de intervenção psicológica. Por exemplo, para esse campo teórico, a esquizofrenia, antes de ser um transtorno mental, isto é, antes de cair em um buraco negro, está inscrita em um processo molecular ou em uma linha de fuga que poderia constituir uma diferença, em meio à repetição normatizadora edipiana (DELEUZE, 1966).

Em uma interlocução com as teorias de gênero, as mulheres cultivam, na oposição binária masculino/feminino (que concede ao masculino o lugar privilegiado da subjetividade e da produção), outra forma do feminino que obriga ao esforço de pensar uma lógica/gramática para escapar dos lugares marcados pela matriz binária (IRIGARAY, 1974) e a transexualidade torna visível o processo de produção dos gêneros, permitindo desnaturalizar a oposição binária e liberar a produção performática de diversos gêneros (BUTLER, 2003).

O que temos nessa inversão é a dimensão política do conhecimento e sua exigência de transformação epistemológica que supere os limites da representação, alargando, assim, os contornos da razão. Esta última, nos termos de Spinoza, deveria ser reavaliada e combinada com a afetividade.

Entendemos que essas críticas aos limites da representação constituem argumentos que tornam evidente a necessidade de nos instrumentalizarmos com práticas terapêuticas, práticas de escuta, que localizem nas diversas narrativas de violência o núcleo que encerra a repetição e impossibilita a diferença, isto é, as “outras palavras”. Nos termos da Ética de Spinoza, tais críticas indicariam a baixa intensidade dos encontros entre ideias e dos encontros entre corpos no que concerne a nossa capacidade de transformação do nosso mundo. Uma clínica eficaz deve motivar a busca por encontros mais adequados, isto é, potencializadores e produtores de novas formas de existir.

Como seria a clínica fora do paradigma da representação, isto é, que retirasse o foco da repetição da norma e o colocasse sobre a diferença? Seria necessária uma clínica que recebesse o que as pessoas produzem ou sinalizam a partir de fora do já instituído, como algo novo, no sentido da diferença deleuziana (DELEUZE, 1988, p. 46-47): em nossas repetições mecânicas, estereotipadas, podemos extrair pequenas modificações e é nessas que é possível perceber o perpétuo deslocamento de uma diferença. Produzem-se aí desvios e mobilizam-se possibilidades de sujeitos que excedem e expandem os limites da inteligibilidade cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos, com o presente artigo, apresentar resultados preliminares do projeto “Outras Palavras”, que tem realizado pesquisas e intervenções com populações em situação de vulnerabilidade. Paralelamente ao aprofundamento teórico-prático da Psicologia da Diferença, universo pouco explorado na área de psicologia, visamos estimular o desenvolvimento de métodos diferenciados de atendimento psicossocial.

Isso se justifica na medida em que as inúmeras pesquisas e intervenções realizadas até o momento, assim como as ferramentas teórico-práticas já delineadas, podem ganhar fecundidade por meio de novas incursões no campo da política social e de saúde, permitindo desenvolver formas mais eficazes de enfrentamento às situações de violência e de violação de direitos que afetam a saúde das pessoas.

A hipótese foi a de que os métodos utilizados nos atendimentos psicossociais atualmente não abarcam a complexidade das determinações que atravessam o adoecimento psíquico dos cidadãos contemporâneos, tais como questões

socioeconômicas, políticas, religiosas, familiares e comunitárias. Procuramos realizar análises que saiam da perspectiva da intimidade, para focar a dimensão social dos problemas que acabam por afetar não só materialmente, mas também simbolicamente a vida das pessoas.

As autoras do projeto “Outras Palavras”, Ondina Pena Pereira e Flávia Bascuñán Timm, alertaram que a vulnerabilidade social está relacionada à falta de acesso da população aos serviços de proteção e cuidado e das políticas públicas e de cidadania. O distanciamento das pessoas da vida pública favorece as vulnerabilidades, pois estas se centram na intimidade e na esfera doméstica e/ou privada e perdem contato com o tecido social e a vida pública.

“Como desconstruir a ideologia da intimidade e investir em uma proposta psicossocial capaz de ouvir as demandas da população sem reduzir todos os afetos à dimensão individual?” É com base nessa pergunta que, por meio do projeto “Outras Palavras”, temos realizado diferentes pesquisas, nos últimos anos, e, ao mesmo tempo que seguimos realizando novas experimentações, buscamos divulgar os conhecimentos já constituídos, ainda que não sejam ainda definitivos, com o objetivo de estimular o debate e a produção de novos métodos.

Vimos que os discursos da vulnerabilidade surgem no interior do discurso entre as forças constituídas nas relações determinantes da verdade e do saber. Entendemos, então, que essas relações de poder mantêm o discurso da vulnerabilidade, tais como falta, carência, pobreza e impossibilidade, um conjunto de interpretações que despotencializam o sujeito da ação.

Entendemos que a função crítica em Psicologia consiste em construir um campo conceitual capaz de reunir algumas teorias e ações psicológicas as quais resistam aos sistemas hegemônicos de significação e de poder. Essas teorias e ações se instalam na contracorrente das configurações psicológicas normativas, excludentes e inibidoras da criação de novas significações. Nesse sentido, colocam em questão as formas de pensamento historicamente estabelecidas que usualmente fornecem o modelo de produção da subjetividade humana. Trata-se, pois, de se empenhar no reconhecimento da existência de diferentes formas de viver ocultadas no processo de positivação das significações hegemônicas. Na perspectiva da diferença, as significações ocultadas se revelam como potências criadoras de sentidos emancipadores.

A validação da experiência subjetiva das pessoas focada na sua potência

criadora conduz à aprendizagem do manejo de aspectos conscientes e inconscientes da realidade psicossocial. Objetiva-se, também, o desenvolvimento da capacidade de desconstruir mitos e crenças os quais impedem a emancipação humana.

O trabalho psicossocial segue o princípio da realidade, auxiliando as pessoas a enfrentarem contradições, dilemas, ambiguidades e conflitos que acentuam as experiências dolorosas e traumáticas. Tais processos exigem cuidado, aconselhamento qualificado e uma escuta fundamentada em teorias e métodos contemporâneos, oferecidos pela Psicologia da Diferença, cujos fundamentos epistemológicos, conforme se observou neste artigo, estão nas contribuições de Spinoza, Foucault e Deleuze.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA . **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(as) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

DELEUZE, G. **Diferença e Repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **O Anti-Édipo (Capitalismo e Esquizofrenia)**. Lisboa: Assírio e Alvim, 1966.

DELEUZE, G. & PARNET. **C. Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no College de France**, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 2013.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

GUINSBURG, J.; CUNHA, N; ROMANO, R. (orgs.). **Spinoza Obra Completa I: (Breve) Tratado e Outros Escritos**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

ILLOUZ, E. **O amor nos tempos do capitalismo**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

JODELET, D. Os processo psicossociais da exclusão. In : SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MIRON, A.X. & GUARESCHI, N.M.F. Compromisso Social da Psicologia e o Sistema

Único de Assistência Social: possíveis articulações. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Abr./Jun., 2017, v. 37, n.2, 349-362.

SPINOZA, B. de. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SEGATO, R. L. **Las estructuras elementares de la violència**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SPINOZA, B. de. **Ética**. [Tradução notas de Tomaz Tadeu]. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 1677/2008.

TOROSSIAN, S.D & RIVERO, N.E. Políticas Públicas e modos de viver: a produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. In: CRUZ, L.R & GUARESHI, N. **Políticas Públicas e Assistência Social**. Petrópolis: Vozes, 2009.

05. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS GESTANTES EM REGIME FECHADO NO SISTEMA PRISIONAL¹

*Me. Jonas Rodrigo Gonçalves²
Caroline Yasmim Pereira da Silva³*

RESUMO⁴

As experiências de maternidade nos presídios têm crescido diante do aumento do número de mulheres presas. Quais os aspectos psicológicos das gestantes aprisionadas e quais ações e serviços são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes no sistema prisional? O objetivo deste trabalho foi identificar quais os aspectos psicológicos das gestantes aprisionadas e quais ações e serviços de saúde são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional, demonstrando a qualidade do serviço prestado, avaliando de que forma está organizada a política pública para atender essas gestantes, buscando compreender a legislação acerca do processo gravídico-puerperal. Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com a mais ampla abordagem metodológica referente a revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de dados em enfermagem (BDENF), acerca dos aspectos psicológicos das gestantes em cárcere privado. Parte-se da hipótese que o ambiente prisional influencia diretamente nos aspectos psicológicos e físicos das gestantes privadas de liberdade devido sua heterogeneidade de aprisionados, com isso, a melhor forma de garantir os direitos à saúde das gestantes em situação prisional

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: este artigo contou com a revisão linguística de Roberta dos Anjos Matos Resende e com a diagramação do professor Daniarly da Costa

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

³ Enfermeiro (a) pela Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

é assegurando que as legislações, as normativas e os programas estabelecidos pelo PNSSP e o PNAISM ocorram de forma fidedigna.

Palavras-chave: ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA PRISÃO. ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA GESTAÇÃO. SISTEMA PENITENCIÁRIO. PRÉ-NATAL NA PRISÃO.

ABSTRACT

Maternity experiences in the early days grow in relation to the number of women prisoners. What are the psychological aspects of the management and what actions and services are necessary to guarantee the right to health of pregnant women in the prison system? The purpose of this study was to identify the psychological functions of pregnant women and the actions and health services are necessary to guarantee the health service of pregnant women deprived of their liberty, not showing the quality of the service provided as prisoners, evaluating how organized a public policy to meet this search data around pregnancy-puerperal. This study is an integrative review of the literature with a wide range of reference methodologies, having access to a series of experimental and non-experimental studies for a complete understanding of the analysis process carried out in a search in the following databases : Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Nursing Database (BDENF), on the psychological aspects of pregnant women in private jail . How to protect yourself puts pressure on predictive functions, it is better than practices of freedom of expression, it is better Like the directives, the programs established by the PNSSP and the PNAISM occur reliably.

Keywords: PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN PRISON. PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN GESTATION. PENITENTIARY SYSTEM. PRENATAL IN PRISON.

INTRODUÇÃO

A situação de saúde envolve vários aspectos da vida, como o ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, de moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico, o

que as torna mais vulneráveis a ter doenças. Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi criada para indicar os recursos mínimos para a saúde daquelas que além de representar a maioria da população brasileira, cuidam e acompanham a saúde de toda a família. Nos princípios e diretrizes dessa política estão elucidados a assistência às mulheres negras, indígenas, rurais e, entre outros, a assistência à saúde das mulheres na prisão¹.

A população carcerária feminina é um grupo consideravelmente vulnerável, principalmente quando nesse meio encontram-se mulheres grávidas. O período gestacional impõe mudanças físicas, psicológicas e sociais, exigindo adaptações cujos efeitos socioculturais determinarão a resposta de cada uma sobre o processo gravídico. Em 2003 o Ministério da Saúde juntamente ao da Justiça sancionaram integrar ações em um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que prevê estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos estabelecimentos prisionais. Dentre as ações preconizadas pelo PNSSP específicas à saúde da mulher encarcerada, estão a assistência pré-natal, a garantia de acesso das gestantes ao atendimento de intercorrências, parto e puerpério, o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, a garantia ao tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)^{4,7,25}.

O problema principal desta pesquisa é “quais ações e serviços são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes no sistema prisional?”

Será realizado o levantamento de leis, ferramentas jurídicas e demais documentos e normativas existentes que assegurem o direito a assistência pré-natal a população feminina que se encontra em situação de cárcere privado no sistema prisional.

Parte-se da hipótese que a melhor forma de garantir os direitos à saúde das gestantes em situação prisional é assegurando que as legislações, as normativas, os programas estabelecidos pelo PNSSP e o PNAISM ocorram de forma fidedigna, os quais afirmam que as mulheres possuem o direito ao atendimento de intercorrências, parto e puerpério, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, garantia ao tratamento de DST's, e que as penitenciárias possuam berçário com o objetivo de promover o vínculo mãe e filho, através dos cuidados e da amamentação, que deve ser exclusiva até o sexto mês.

Sobre o encarceramento feminino, existem inúmeras legislações que asseguram o direito de a mãe permanecer com seu filho durante o cumprimento de sua pena na prisão. De acordo com a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal – Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009, que assegura o acompanhamento médico para a mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, aplicável ao recém-nascido. Além disso, os estabelecimentos penais devem propiciar locais específicos, tais como: seções para gestante e parturiente, creche para abrigar crianças de 6 (seis) meses a menores de 7 (sete) anos de idade, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa¹².

Frente a essas considerações, o presente estudo tem como objetivo identificar quais os aspectos psicológicos das gestantes e quais as ações e serviços de saúde são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional. Com isso, identificar a qualidade do serviço prestado às detentas, avaliando de que forma está organizada a política pública para atender essas gestantes, buscando compreender as legislações acerca do processo gravídico-puerperal.

Na realidade atual, uma grande porcentagem do sistema prisional é de mulheres, dentre elas, gestantes. O Ministério da Justiça através do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen), revela que o Sistema Penitenciário Nacional apresentou em 2016 uma população carcerária de 726.712 indivíduos, dos quais 42.355 são do sexo feminino. Os estados brasileiros que apresentam maior população carcerária do sexo feminino no mesmo período foram: São Paulo, com 14.643 mulheres; Minas Gerais, com 3.279 mulheres; Paraná, com 2.655 mulheres; e Rio de Janeiro, 2.254 mulheres presas².

O presente estudo tem relevância para profissionais e acadêmicos de enfermagem, pois tem por foco discorrer sobre aspectos psicológicos e assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade, demonstrando como estão organizadas as políticas públicas voltadas para este público, buscando compreender as legislações e normativas existentes acerca do tema proposto. Ao observar a lacuna existente na exploração acadêmica acerca da assistência pré-natal, parto e puerpério das gestantes privadas de liberdade, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na disseminação do

conhecimento sobre a assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional. Este estudo é relevante para os membros da sociedade, pois é de grande importância que todos tenham acesso às informações de como deve ocorrer a assistência pré-natal diante do contexto prisional, para assim demonstrar que a saúde é um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, assegurando que a população aprisionada receba o mesmo tratamento que a população livre.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de dados em enfermagem (BDENF), acerca dos aspectos psicológicos das gestantes em cárcere privado. Para o levantamento dos artigos na literatura, foi efetuada busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de dados em enfermagem (BDENF). Foram utilizados para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Aspectos psicológicos na prisão”, “Aspectos psicológicos na gestação” e “Sistema penitenciário” “Pré-natal na prisão. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados na língua portuguesa e inglesa; artigos disponíveis na íntegra de forma gratuita que retratassem a temática referente aos aspectos psicológicos da gestante em regime fechado no sistema prisional e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos.

POBLEMATIZAÇÃO

O problema principal desta pesquisa é “quais os aspectos psicológicos das gestantes aprisionadas e quais ações e serviços são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes em cárcere privado no sistema prisional?”

HIPÓTESE

Parte-se da hipótese que o ambiente prisional influencia diretamente nos aspectos psicológicos e físicos das gestantes privadas de liberdade devido sua heterogeneidade de aprisionados, assim a melhor forma de garantir os direitos à saúde das gestantes em situação prisional é assegurando que as legislações, as normativas, e os programas estabelecidos pelo PNSSP e o PNAISM ocorram de forma fidedigna, os quais afirmam que as mulheres possuem o direito ao atendimento de intercorrências, parto e puerpério, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, garantia ao tratamento de DST's, e que as penitenciárias possuam berçário com o objetivo de promover o vínculo mãe e filho, através dos cuidados e da amamentação, que deve ser exclusiva até o sexto mês.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Identificar quais os aspectos psicológicos das gestantes e quais ações e serviços de saúde são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional.

Objetivos Específicos: Identificar a qualidade dos serviços prestados às detentas.

Avaliar de que forma está organizada a política pública para atender essas gestantes.

Compreender as legislações acerca do processo gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

A revisão integrativa, finalmente é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inserção de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos como revisão teórica, revisão de conceitos, evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a diversidade de propostas, deve

gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde importantes para a equipe de enfermagem³³.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de dados em enfermagem (BDENF).

Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Aspectos psicológicos na prisão”, “Aspectos psicológicos na gestação” e “Sistema penitenciário” “Pré-natal na prisão”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados na língua portuguesa e inglesa; artigos disponíveis na íntegra de forma gratuita que retratassem a temática referente aos aspectos psicológicos da gestante em regime fechado no sistema prisional e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos.

Com o intuito de promover melhorias no cuidado ao paciente, os profissionais de enfermagem são desafiados constantemente a buscar o conhecimento científico. Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PEB) é incentivar a utilização de resultados de pesquisa junto a assistência à saúde prestada nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo a importância da pesquisa para a prática clínica³⁵.

De acordo com a PBE, a revisão integrativa da literatura também é um dos modos de pesquisa que permite a incorporação de evidências na prática clínica. Este método tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados das pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, corroborando com o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa³⁶.

A seguir são apresentadas de forma breve, as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa da literatura.

1º etapa: identificação do tema da pesquisa e elaboração da pergunta norteadora para a elaboração da revisão integrativa

A revisão integrativa tem início na definição do problema, elaboração da hipótese e pergunta norteadora da pesquisa, que tenha relevância para a saúde e para a enfermagem. Contudo, a escolha do tema precisa despertar o interesse do revisor para tornar o processo mais encorajador. Outro aspecto importante constitui-se na escolha de um problema vivenciado na prática clínica. A definição da pergunta norteadora é a parte mais importante da revisão, a qual determinará quais serão os estudos inclusos, as formas encontradas para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Conforme a pergunta da pesquisa for bem delimitada pelo revisor, os descritores ou palavras-chave serão facilmente identificados, para com isso dar início à busca dos estudos. A pergunta norteadora da revisão integrativa pode ser delimitada destacando, por exemplo, uma intervenção específica, ou mais abrangente, examinando as diversas intervenções ou práticas na área da saúde ou da enfermagem^{37,38,39}.

2º etapa: elaboração de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Com a formulação do tema e da pergunta norteadora pelo revisor, inicia-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Para seleção dos estudos é necessário uma avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiança, a amplitude e o poder de generalização das conclusões da revisão^{39,40}.

Os procedimentos de inclusão e exclusão de artigos devem ser conduzidos de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representação da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade nas conclusões finais da revisão. Portanto, o revisor deve explicar claramente quais são seus critérios de inclusão e exclusão adotados para a elaboração da revisão. É importante ressaltar todas as decisões tomadas frente aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos para que sejam documentados e justificados na descrição da metodologia da revisão^{37,39}.

3º etapa: definição das informações extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos

Utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações, esta etapa consiste na determinação das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Os níveis de evidências dos estudos devem ser avaliados a fim de estabelecer a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que gerarão o estado do conhecimento atual do tema investigado. O revisor tem por foco nesta etapa organizar e sumarizar as informações de maneira sucinta, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo^{37,38,39,41}.

4º etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é correspondente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Os estudos devem ser analisados detalhadamente para garantir a validade da revisão. A realização da análise deve ocorrer de forma crítica, buscando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre os questionamentos, o revisor pode optar pela aplicação de análises estatísticas que são a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos e a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. Tais abordagens apresentam vantagens e desvantagens, portanto a escolha da mais adequada é uma tarefa difícil ao revisor que deve avaliar os resultados de maneira justa, buscando explicações em cada estudo para as modificações encontradas nos resultados^{39,41}.

5º etapa: interpretação dos resultados

Esta etapa condiz à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor baseado nos resultados da avaliação crítica e dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, para reconhecimento de conclusões e implicações decorrentes da revisão integrativa. Devido a abrangente revisão conduzida, é possível reconhecer fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (prática clínica). A identificação

de lacunas permite que o revisor aponte sugestões importantes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde³⁹.

6º etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Esta etapa constitui-se na estruturação do documento que deve abranger a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados apresentados na análise dos artigos incluídos. É um trabalho de grande magnitude já que produz forte impacto devido a quantidade de conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é completamente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, como o domínio de outro idioma, e recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação⁴².

JUSTIFICATIVA

O presente estudo tem relevância para profissionais e acadêmicos de enfermagem, pois tem por foco discorrer sobre os aspectos psicológicos e a assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade, demonstrando como estão organizadas as políticas públicas voltadas para este público, buscando compreender as legislações e normativas existentes sobre o tema proposto.

Com o crescente número de mulheres presas, dentre elas gestantes, tais medidas mencionadas surgiram em boa hora. Foram instituídas recentemente mudanças na lei que refletem a implantação do princípio da humanização das penas e a recuperação das aprisionadas, a medida em que o convívio familiar é um elemento indispensável ao processo de conscientização e integração de valores positivos que motivam a mudança de comportamento das aprisionadas²⁴.

Ao observar a lacuna existente na exploração acadêmica acerca da assistência pré-natal, parto e puerpério das gestantes privadas de liberdade, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na

disseminação do conhecimento sobre a assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional.

É incontestável que toda mulher, independente de se encontrar privada de liberdade, necessita de um cuidado maior durante o período gestacional devido às grandes mudanças que ocorrem em seu corpo e mente. Em 2003 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que teve o objetivo de instituir o acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade, garantindo ações e serviços de atenção básica no sistema penitenciário¹⁴.

Este estudo é relevante para os membros da sociedade, pois é de grande importância que tenham acesso às informações de como deve ocorrer a assistência pré-natal diante do contexto prisional, para assim, perceber que a saúde é um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, assegurando que a população aprisionada receba o mesmo tratamento que a população livre.

É fundamental que a humanização do cuidado durante o pré-natal ocorra com o intuito de assegurar o acolhimento desde o início da gravidez até o momento do parto, garantindo o nascimento de uma criança saudável, e com isso, o bem-estar materno e infantil¹⁷.

REFERENCIAL TEÓRICO

No que concerne ao ambiente prisional, devido a sua diversidade de confinados, acarreta riscos de natureza física e psíquica, incluindo sobretudo a transmissão de doenças infecciosas. Dessa forma, o sistema penitenciário é conhecido por proporcionar consequências psicológicas à mulher, contribuindo para comportamentos autodestrutivos em prisões femininas. Verifica-se a alta prevalência de comorbidades e transtornos mentais, superando as taxas da população em geral. Estudos afirmam que presas estão mais propensas a apresentar doenças mentais, necessitando em seguida de tratamento mental e uso de fármacos psicotrópicos^{3,43}.

Nota-se que a população carcerária feminina encontra-se em constante crescimento na sociedade atual, este acontecimento é consequência da maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e na vida social. Durante o século XIX os crimes cometidos por mulheres estavam relacionados à religião e moral, ou seja, a mulher era penalizada por não se encaixar nos padrões da família e

da sociedade cristã, sendo que os principais crimes cometidos estavam associados com a sexualidade^{19,31}.

O perfil da população carcerária feminina mudou com o passar dos anos. Atualmente são mulheres na maioria jovens, em idade reprodutiva, com baixo grau de escolaridade, baixo nível de profissionalização, solteiras ou separadas e provenientes de regiões carentes. Os crimes mais comuns cometidos por elas são contra o patrimônio público e o tráfico de drogas¹⁹.

É observado que nos últimos anos houve um aumento significativo de mulheres envolvidas com a criminalidade, colaborando conseqüentemente para elevação da população carcerária feminina. Segundo os dados apresentados pelo Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen), entre os anos 2000 e 2016, a taxa de aprisionamento aumentou em 157% no Brasil. Em 2000 existiam 137 pessoas presas para cada grupo de 100 mil habitantes. Em junho de 2016, eram 352,6 pessoas presas para cada grupo de 100 mil habitantes²³.

Em 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) fruto da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, para assegurar o acesso da população privada de liberdade sob tutela do estado às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral¹⁴.

O PNSSP tem como estratégia fazer com que as políticas públicas alcancem a população carcerária, com isso prevê a estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos estabelecimentos prisionais, considerando ações de saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, programas de imunização, entre outras. Dentre as propostas do plano, estão ações que compõe a Atenção Integral a Saúde (AIS) a serem desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são compostas por profissionais como assistente social, auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo, cirurgião dentista e auxiliar de consultório odontológico, para atuarem nas UBS dentro do sistema penitenciário¹⁴.

Conforme o PNSSP, cada equipe de saúde é responsável por até 500 detentos. Entretanto nas unidades prisionais com até 100 detentos, o atendimento deve ser realizado pela UBS situada na região, respeitando a composição da equipe multiprofissional citada anteriormente. Com isso, nas

penitenciárias com um número menor de detentos, não há necessidade de ter uma UBS com equipe permanente, ou seja, o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se situa a unidade prisional, respeitando a referência e contra referência do SUS¹⁴.

Conforme a Resolução nº 03, de 01 de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), recomenda não utilizar algemas ou outros meios de contenção em mulheres presas, seja durante o trabalho de parto normal, no período subsequente ao parto ou quando se encontrem em intervenção cirúrgica para realização de parto cesariano. Porém salvo, quando a unidade de saúde julgar necessário sua utilização por razões de segurança¹⁵.

Dentre as ações preconizadas pelo PNSSP específicas à saúde da mulher encarcerada, estão a assistência pré-natal, a garantia de acesso ao atendimento de intercorrências e partos, o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, a garantia do encaminhamento para o tratamento das acometidas por essas doenças, diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), assistência ao puerpério, anticoncepção e imunização¹⁴.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde é recomendado que toda gestante realize a primeira consulta de pré-natal em até 120 dias de gestação, seguindo com uma consulta de acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, somando no mínimo seis consultas de pré-natal. Garantindo assim a qualidade no desenvolvimento gestacional, com reflexos positivos no parto e nas condições de saúde do recém-nascido. A atenção à saúde das gestantes privadas de liberdade propõe reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil por meio da adoção de medidas que assegurem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal de baixo e de alto risco⁵.

Visto que, o pré-natal tem como objetivos acolher a mulher desde o início da gravidez até o momento do parto, contribuindo com suas necessidades e auxiliando com um espaço de aprendizagem para esse público. Sendo assim, os cuidados na assistência pré-natal, devem exceder as questões biológicas e técnicas da atenção às gestantes, servindo assim, como um espaço de conhecimento e acolhimento para as gestantes. A assistência pré-natal não deve

ficar presa somente a ações clínico-obstétricas, mas também incluir ações de educação em saúde na assistência integral, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais^{19,32}.

Visando o cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 01/06/2000, possuindo como objetivo principal proporcionar melhorias no acesso, cobertura e na qualidade do acompanhamento pré-natal, priorizando uma assistência de qualidade durante o parto e o puerpério, tornando-se fundamental para a saúde das gestantes e dos recém-nascidos. O cuidado durante a gestação deve ser permeado pelo conhecimento científico e humanização da assistência prestada, para garantir respeito para as mulheres durante o processo gestacional, parto e puerpério¹⁸.

O PHPN consiste nos princípios de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é a condição primordial para um acompanhamento do parto e puerpério de forma adequada. Dessa forma, a humanização possui dois aspectos essenciais. O primeiro afirma que é dever das unidades de saúde, sejam elas dentro do regime prisional ou não, receber com respeito e integridade a mulher, o recém-nascido e seus familiares. Portanto, os profissionais de saúde devem ter atitudes éticas e solidárias, a organização da instituição deve criar um ambiente acolhedor instituindo rotinas que rompam com o isolamento imposto à mulher. O segundo requer a adoção de procedimentos que tragam consigo benefícios ao acompanhamento do trabalho de parto e nascimento, evitando a realização desnecessária de intervenções, que embora ocorram com frequência não trazem benefícios para a mulher nem ao recém-nascido, e que muitas das vezes acarretam maiores riscos para ambos¹⁸.

O Ministério da Justiça por meio da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), com o objetivo de prevenir todos os tipos de violência contra as mulheres em situação prisional, visando garantir o direito à saúde, educação, segurança, trabalho, alimentação, proteção da maternidade e infância, atendimentos ginecológicos, lazer, assistência jurídica e demais direitos referentes a dignidade humana. Estabelece ainda a humanização no cumprimento da pena, levando em consideração todas as especificidades de cada mulher, objetivando a

organização do sistema prisional feminino voltado a executar todos os direitos garantidos às mulheres, seja em privação de liberdade ou não¹⁶.

O Pnampe tem por estratégia identificar as mulheres gestantes ou mães e as inserir em local específico e adequado com disponibilização de atividades apropriadas a cada situação, contemplando atividades pedagógicas e de recreação, coordenadas por equipes multidisciplinares. Sobre o parto, o Pnampe assegura que a gestante privada de liberdade tenha a presença de um acompanhante de sua escolha, devidamente cadastrado ao estabelecimento prisional, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato¹⁶.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, nos termos do seu artigo 196, considera-se a saúde como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, é dever do Estado assegurar que ela seja oferecida de forma correta, a fim de que tenhamos uma sociedade saudável. Com isso, a saúde é considerada um direito fundamental que é estabelecido pelo SUS, que está fundamentado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade¹¹.

Desta forma, a população carcerária feminina deve se beneficiar do mesmo tratamento recebido pela população livre. Além de condições de vida digna, devem ser ofertadas para essas mulheres oportunidades de promoção da saúde, através da educação sobre a saúde reprodutiva, sexual e da puericultura⁹.

A situação vivenciada por essas gestantes privadas de liberdade, ocasionam sérios riscos à saúde materna e infantil, e também acarretam impactos psicológicos na vida da mãe. Sendo assim, a assistência médica e os cuidados de saúde devem ser ofertados às gestantes desde o início do pré-natal, durante o parto e no decorrer do puerpério, cuja assistência está diretamente ligada à sobrevivência e a saúde das mães e dos recém-nascidos. Os momentos com maiores riscos de morte e incapacidades tanto para as mães como para os bebês, são o trabalho de parto, o parto e as primeiras horas pós-parto^{4,26}.

O período envolvendo a gestação, parto e puerpério, é acarretado por transformações físicas e psicológicas na vida da mulher, portanto é um momento único no qual todas essas alterações ocorrerão a partir de fatores individuais, culturais e de relacionamento. Assim, as aprisionadas grávidas necessitam de uma assistência diferenciada, devido às condições enfrentadas no cárcere. Os cuidados prestados às gestantes privadas de liberdade, principalmente pela

enfermagem, devem reconhecer fatores sociais, culturais e aqueles intrínsecos às condições em que essas mulheres se encontram, para com isso garantir uma assistência adequada^{3,10}.

Durante o período gestacional, a assistência e os cuidados devem envolver comportamentos e atitudes que contribuam para uma atenção em saúde de qualidade, garantindo a disseminação de informações para essas mulheres em relação as transformações que ocorrerão tanto em seu corpo como em sua mente e as condições de saúde, ampliando assim o conhecimento, facilitando a capacidade de as mesmas realizarem escolhas adequadas trazendo benefícios para si e para o conceito^{17,29}.

A assistência prestada com qualidade durante o período gestacional, evita complicações obstétricas, tais como, baixo peso ao nascer, prematuridade, retardo no crescimento uterino, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil. Para uma assistência de qualidade prestada adequadamente durante a gravidez é necessário um conjunto de ações e serviços visando a prevenção de doenças, promoção à saúde por meio da educação em saúde e o acolhimento desse público^{17,30}.

De forma geral, no sistema penitenciário feminino, as detentas grávidas privadas de liberdade que se encontram por volta do sétimo ao oitavo mês de gestação são transferidas para unidades prisionais localizadas na capital do estado onde permanecerão até a o fim da gestação. No momento do parto serão encaminhadas ao hospital de referência, e assim que a mãe receber alta hospitalar retornara à penitenciaria onde permanecerá com seus filhos. Entretanto, a maioria dessas mulheres antes de serem encarceradas, eram responsáveis pelo sustento da família, manutenção da casa e a criação dos filhos, e o seu aprisionamento piora a situação financeira, enfraquece os vínculos com os outros filhos e com seus familiares e como consequência força a reestruturação familiar²⁰.

Por conseguinte, muitas dessas mulheres ao serem transferidas das unidades prisionais onde estavam presas, que ficavam quase sempre localizadas na proximidade de suas residências e de seus familiares, para a capital, encontram dificuldades para manter o vínculo afetivo com os outros filhos e com seus familiares, pelo fato de que aumentam os gastos e o desgaste da família para conseguir ir visitá-las²⁰.

No contexto brasileiro, conhecer com antecipação o local onde ocorrerá o parto permite a parturiente familiariza-se com o ambiente hospitalar, garantindo maior confiabilidade, ocasionando benefícios durante a parturição para a mãe e o recém-nascido. Conforme o Programa Rede Cegonha, sancionado em 2011, pelo Governo Federal, em conformidade com a Lei nº 11.634/2007, determina que é direito de toda gestante, sendo ela privada de liberdade ou não, conhecer e realizar a vinculação prévia com a maternidade¹³.

No que condiz aos direitos reprodutivos das mulheres encarceradas, verifica-se que no contexto que diz respeito aos direitos humanos, destacam-se as Regras de Bangkok que reconhecem os específicos problemas das apenadas e as necessidades de se assegurar meios para sua solução, constituindo regras que abrangem a assistência, a prevenção e a educação em saúde das mulheres privadas de liberdade, em especial a atenção às mulheres gestantes, com filhos e lactantes no sistema prisional, além de regulamentar a permanência e o encaminhamento das crianças no cárcere⁶.

As crianças que vivem com as mães no sistema penitenciário devem ter garantia de acesso aos serviços de saúde, seu desenvolvimento deverá ser acompanhado por especialistas, o estabelecimento oferecido para a educação dessas crianças deverá ser o mais próximo possível da prisão. A decisão sobre o momento de separação da mãe e de seu filho deverá ser realizada buscando o melhor interesse da criança, conforme demanda a legislação brasileira. Para as mulheres que tiveram seus filhos separados de si e colocados com parentes ou familiares, serão oferecidas o máximo de oportunidades e condições para encontrar-se com seus filhos e filhas, sempre buscando o melhor interesse da criança⁶.

O relacionamento afetivo com os filhos nascidos durante o período em que a mãe está em situação de privação de liberdade se constrói em junção com a vivência simultânea da separação. Tanto pela perspectiva da separação obrigatória, quanto pelo tempo consumado que foi permitido para a estadia da criança na unidade prisional, há a existência de ameaças de separação a qualquer momento em consequência de problemas ligados à falta de disciplina. Portanto, em casos de indisciplina considerados graves pela administração, a principal forma de punição compreende o encaminhamento da criança para

aquele que será o responsável pela guarda provisória, com isso, a transferência da mãe para a unidade de origem, ocasionando a separação mãe-filho²¹.

A separação entre mãe e filho ocasiona uma experiência traumática para muitas mulheres que exercem a maternidade durante o cárcere privado, exigindo um grande preparo emocional. Esse trauma impede potencialmente o processo de apego, mesmo quando a mãe e o filho são reunidos eventualmente^{44,8}.

De acordo com a Lei de Execução Penal (LEP), Lei nº 11.942 de 28 de maio de 2009, da nova redação aos artigos 14, 83 e 89 da Lei 7.210 de 11 de julho de 1984, que assegura acompanhamento médico para a mulher, principalmente no pré-natal, no decorrer do parto e durante o puerpério, aplicável também ao recém-nascido. Além disso, estabelece que as unidades prisionais sejam dotadas de locais específicos, tais como, berçários onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los até no mínimo, 6 (seis) meses de idade, seções para gestantes e parturientes e de creches para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses a menores de 7 (sete) anos de idades, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa¹².

Conforme a LEP, Lei nº 12.962, de 08 de abril de 2014, da nova redação a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, alterando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), implementando importantes avanços no que se refere ao direito da família e da situação prisional. Portanto, assegurando a convivência da criança e do adolescente com a mãe e o pai privados de liberdade, por meio de visitas regulares proporcionadas pelo responsável ou, no pressuposto do acolhimento institucional, pela instituição responsável, independente de autorização judicial²².

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça as seções para as mulheres presas devem conter instalações e materiais exigidos para satisfazer as necessidades específicas de higiene das mulheres, o que inclui absorventes higiênicos gratuitos e água disponível para os cuidados pessoais das mulheres e crianças, principalmente mulheres gestantes, lactantes, no período menstrual e as que fazem tarefas na cozinha⁶.

Nas penitenciárias é necessário que ocorra orientação nutricional para garantia de uma alimentação equilibrada durante o período de gestação e lactação, que é um fator de suma importância para o desenvolvimento adequado da mãe e do bebê, sendo asseguradas pelo protocolo de assistência pré-natal

alterações na dieta da gestante garantindo uma alimentação adequada e de qualidade. Uma mulher recebendo alimentação adequada no período gestacional e de lactação garante benefícios ao bebê que perdurarão toda sua vida^{4,27,28}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que condiz à população carcerária feminina, nota-se que é um grupo totalmente vulnerável, principalmente quando nesse meio encontram-se gestantes, puérperas e mães com filhos pequenos. Esta pesquisa viabilizou revelar os aspectos psicológicos das gestantes privadas de liberdade e de que maneira à assistência pré-natal está sendo garantida, demonstrando as normativas e legislações existentes acerca do tema proposto.

Contudo, a problemática principal desta pesquisa foi demonstrar “quais são os aspectos psicológicos das gestantes aprisionadas e quais ações e serviços são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes em cárcere privado no sistema prisional?” Foi pressuposto que o ambiente prisional influencia diretamente nos aspectos psicológicos e físicos das gestantes privadas de liberdade devido a heterogeneidade de aprisionados, assim a melhor forma de garantir os direitos à saúde das gestantes em situação prisional é assegurando que as legislações, as normativas, os programas estabelecidos pelo PNSSP e o PNAISM ocorram de forma fidedigna.

Os objetivos desta pesquisa foram identificar quais os aspectos psicológicos das gestantes e quais as ações e serviços de saúde são necessários para garantir o direito à saúde das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional, identificando a qualidade do serviço prestado às detentas, avaliando de que forma está organizada a política pública para atender essas gestantes, buscando compreender as legislações acerca do processo gravídico-puerperal.

O presente estudo é relevante para profissionais e acadêmicos de enfermagem, pois teve por foco discorrer sobre os aspectos psicológicos e a assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade, demonstrando como estão organizadas as políticas públicas voltadas para este público, buscando compreender as legislações e normativas existentes acerca do tema proposto. Ao observar a lacuna existente na exploração acadêmica acerca da assistência

pré-natal, parto e puerpério das gestantes privadas de liberdade, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na disseminação do conhecimento sobre a assistência pré-natal das gestantes privadas de liberdade no sistema prisional. Este estudo é relevante para os membros da sociedade, pois é de grande importância que todos tenham acesso às informações de como deve ocorrer a assistência pré-natal diante do contexto prisional, para com isso, demonstrar que a saúde é um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, assegurando que a população aprisionada receba o mesmo tratamento que a população livre.

Embora existam inúmeras políticas públicas voltadas para as mulheres encarceradas, ainda é preciso alcançar maneiras que garantam que esse público receba a assistência conforme está preconizada, de forma íntegra e humanizada recebendo o mesmo atendimento que as mulheres em liberdade. Assim sendo, novos estudos que abordem esta temática poderiam contribuir para a elaboração de novos planos voltados às gestantes aprisionadas e o cumprimento de forma fidedigna dos planos e legislações já existentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, plano de ação 2004-2007. Acessado em: 09/04/2019. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - InfoPen, atualização Junho de 2016. Acessado em: 09/04/2019. Disponível em:<http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf>.
3. Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene. 2014 Mar/Abr;15(2): 371-7.
4. Galvão MCB. Ausência de assistência á gestante em situação de cárcere penitenciário. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set;18(3):452-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº570, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Acessado em 12/05/2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>.

6. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Bangkok. 2016.
7. Cestari MEW, Merighi MAB, Baptista PCP. Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HPV ao saberem do diagnóstico da doença. Cienc Cuid Saúde. 2011 Jul/Set;10(3):422-429.
8. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books. 1988.
9. Leal MC, Ayres BVS, Pereira APE, Sánchez AR, Larouzá B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Rev. Ciências & Saúde Coletiva. 2016;21(7):2061-2070.
10. Santos AL, Nascimento RG, Araújo A. Pré-natal care protocol: actions and the easy and difficult aspects dealt by Family health strategy nurses. Rev. Esc. Enfrem. 2011;45(5):1041-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS- Doutrinas e Princípios. 1990. Acessado em: 18/04/2019. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>.
12. Brasil. Lei de Execução Penal, Lei nº 11.942 de 28 de maio de 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Acessado em: 15/04/2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2004.
15. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 03, de 01 de junho de 2012.
16. Brasil. Ministério da Justiça. Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Acessado em: 19/04/2019. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_DE_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx>.
17. Félix RS, França DJR, Nunes JT, Cunha ICBC, Davim RMB, et al. O enfermeiro na atenção pré-natal as mulheres em sistema carcerário. Rev. Enfrem UFPE. 2017 Out;11(10):3936-47.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 2002. Acessado em 08/05/2019. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>.

19. Santana AT, Oliveira GRSA, Bispo TCF. Mães do cárcere: vivências de gestantes frente à assistência no pré-natal. Rev. Baiana Saúde Pública. 2016 Jan/Mar;40(1):38-54.
20. Diuana V, Corrêa MCDV, Ventura M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. Rev. Saúde Coletiva. 2017;27(3):727-747.
21. Ventura M, Simas L, Larouzé B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. Rev. Saúde Pública. 2015 Mar;31(3):607-619.
22. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei nº 12.962, de 08 de abril de 2014.
23. Brasil. Ministério da Justiça. Levantamento de Informações Penitenciárias InfoPen – Atualização Junho 2016.
24. Freitas CRM. O cárcere feminino: do surgimento às recentes modificações introduzidas pela lei de execução penal. Rev. Pensar Direito. 2014 Jan;5(1):1-19.
25. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Política Para as Mulheres. Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino. 2008.
26. Pearson L, Larsson M, Fauveau V, Standley J. Assistência durante o parto, Oportunidades para os recém-nascidos em África: dados práticos, políticas e apoio programático aos recém-nascidos africanos. Capw Town: PMNCH. 2016;1(3):63-78.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. 2006.
28. Barros DC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. Escola de Saúde Pública. 2002.
29. Busanello J, Filho LWD, Kerber NPC, Luanardi UL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2011;32(4):807-14.
30. Duarte SJH, Mamede MV. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde. Rev. Cienc Enferm. 2013;19(1):117-29.
31. Martins S. A mulher junto às criminologias: de degenerada à vítima, sempre sob controle sociopenal. Fractal, Rev Psicol. 2009;21(1):111-23.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Áreas Técnica de Saúde

da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Caderno n. 32. 2013.

33. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

34. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Rev. Einstein*. 2010;8(1):102-6.

35. Mender KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enfrem*. 2008 Out/Dez;17(4):758-64.

36. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998 Jul/Dez;3(2):109-12.

37. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins. 2006:457-94.

38. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. W.B Saunders Company. 2000:231-50.

39. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 Mar;10(1):1-11.

40. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005 Jan-Feb;54(1):56-62.

41. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. 1998;67(4):877-80.

42. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.

43. Canazaro D, Argimon LII. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(7):1323-33.

44. Hutchinson KC, Moore GA, Propper CB. Incarcerated women's psychological functioning during pregnancy. 2008;32(1):440-453.

ANEXOS

Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão, ano de publicação e indexados nas bases de dados LILACS e BDEF.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional.	Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM.	Descrever a assistência pré-natal realizada em uma unidade básica de saúde do interior de São Paulo, Brasil, e ofertada a população carcerária feminina.	Relato de experiência de uma unidade básica de saúde, no período de junho de 2010 a junho de 2012.	Essa vivência nos leva a depositar responsabilidades e expectativas na participação do governo em todos e da gestão em todos os seus níveis para a construção de propostas, nas quais se criem novas alternativas e haja recursos existentes, a fim de reduzir barreiras de acesso e tratamento de saúde aos cidadãos.	2014
Artigo 2	Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário.	Galvão MCG, Davim RMB.	Descrever a experiência vivenciada por mulheres grávidas em sistema penitenciário, entre agosto e setembro de 2011.	Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido no Complexo Penal Feminino Dr. João Chaves, no período entre agosto e setembro de 2011	Nesta pesquisa a situação experienciada pela gestante presa é bastante delicada, visto que não existe serviço de saúde na instituição, com médicos e enfermeiros, para acompanhar essas mulheres.	2013

Quadro 2: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão, ano de publicação e indexados na base de dados LILACS.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Mães do cárcere: vivências de gestantes frente à assistência no pré-natal.	Santana AT, Oliveira GRSA, Bispo TCF.	Compreender as vivências das mulheres frente à gestação, maternidade e assistência no pré-natal em cárcere.	Pesquisa de caráter qualitativo, foi desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada e observação do participante no Conjunto Penal Feminino.	Concluiu-se que o acesso da população penitenciária feminina as ações e serviços de saúde voltadas para atenção integral, com foco nas ações preventivas e curativas, no que se refere ao atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério, ainda não é uma realidade.	2012

Quadro 3: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão, ano de publicação e indexados na base de dados SCIELO.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil.	Leal MC, Ayres BVS, Pereira APE, Sanchez AR, Larouzé B.	Descrever o perfil da população feminina encarcerada que vive com seus filhos em unidades prisionais femininas das capitais e regiões metropolitanas de Brasil.	O presente estudo é uma análise de série de casos proveniente de um censo nacional realizado entre agosto de 2012 e janeiro de 2014.	Conclui-se que os dados apresentados neste estudo evidenciam as precárias condições sociais das mães que pariram nas prisões. Entre outras coisas, a precária assistência pré-natal, o uso de algemas durante o trabalho de parto e parto.	2016

Artigo 2	Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade.	Diuana V, Corrêa MCDV, Ventura M.	Analisar a interseção das normas de gênero e das relações disciplinares identificadas na prisão, quando da experiência da maternidade, identificando controvérsias no plano dos valores e das relações de poder que as sustentam.	Para este estudo, foram escolhidas cinco unidades penitenciárias de quatro estados, tendo por base o número de mulheres vivendo com seus filhos intramuros.	Conclui-se que os mecanismos disciplinares característicos do penitenciário, ao se integrar às práticas de controle de si que as mulheres mães realizam em função do cuidado e proteção dos filhos, vulnerabilizam concretamente estas mulheres, expondo-as e a seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais.	2017
Artigo 3	Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde: Um estudo sobre a legislação brasileira.	Ventura m, Simas L, Larouzé B.	Busca instrumentalizar uma atuação garantista dos agentes públicos e dar visibilidade à problemática, diante das extremas vulnerabilidades e invisibilidade jurídica e administrativa da questão.	Estudo qualitativo combinou a técnica de pesquisa bibliográfica e documental nas bases de dados SCIELO e BVS e fontes governamentais.	A garantia legal constitucional do direito à amamentação é refletida nas regulamentações identificadas. Mas constatam-se ausências de outros aspectos relativos à maternidade na prisão, que se traduzem em dupla penalidade às mulheres, arbitrariamente estendida aos seus filhos.	2015

Quadro 4: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão, ano de publicação e indexados na base de dados BDEFN.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	O enfermeiro na atenção pré-natal às mulheres em sistema carcerário.	Félix RS, França DJR, Nunes JT, Cunha ICBC, Davim RMB, Pereira JB.	Descrever a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal com mulheres em sistema carcerário.	Revisão integrativa, com busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e publicações da OMS, no período de 2006 a 2014.	Embora existam políticas públicas voltadas para a população encarcerada, estas estão distantes de alcançar suas metas, haja vista que os direitos das apenadas estão garantidos por lei, porém na prática não são respeitados.	2017

06. O ENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE MORTE DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN): Uma revisão integrativa de literatura¹

*Me. Jonas Rodrigo Gonçalves²
Mônica de Araújo dos Santos³*

RESUMO

A neonatologia é entendida como a ciência do diagnóstico e tratamento dos problemas dos recém-nascidos. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é tida como um local de sofrimento, onde o cotidiano do profissional é envolvido com uma população que se encontra entre a vida e a morte. Quais são os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal? Este trabalho tem como objetivo conhecer e refletir sobre os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte do paciente neonatal. O estudo é de natureza descritiva e exploratória, com utilização da abordagem qualitativa para tratamento de dados, utilizando como banco de dados a Biblioteca virtual em Saúde (BVS), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDEF (Banco de dados em enfermagem) e LILACS (Literatura latino americana e do Caribe em ciências e saúde). Parte-se da hipótese de que esses profissionais sentem-se despreparados para enfrentar a morte, pode-se supor que uma considerável parte dos profissionais sente tristeza e dificuldade para abordar a família enlutada, e acaba levando esse fardo para fora do ambiente profissional.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva neonatal. Emocional. Atitude frente à morte. Neonatologia. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Neonatology is understood as the science of diagnosis and treatment of newborn with problems. The neonatal intensive care unit (NICU) is considered a place of suffering, where the daily life of the professional is involved with a population that is between life and death. What are the feelings of the nursing team about the death of neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit? Such question demands to know and reflect on the feelings of the nursing team regarding the death of the neonatal patient. The study is descriptive and exploratory in nature, using the qualitative approach for data treatment, using the Virtual Health Library (VHL) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online) as a database. It is assumed that these professionals feel unprepared to face death, it can be also assumed that a considerable part of the professionals feel sadness and difficulty to approach the

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisora linguística Roberta dos Anjos Matos Resende; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

³ Bacharela em Enfermagem pela Universidade Paulista.

bereaved family, and end up taking this burden out of the professional environment.

KeyWords: Neonatal intensive care unit. Emotional. Attitude towards death. Neonatology; Nursing team.

INTRODUÇÃO

A neonatologia é entendida como estudo, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde em recém-nascidos (RN), dès de seu nascimento até o 28º dia de vida. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é considerada um ambiente de conservação, recuperação da saúde e garantia da sobrevivência do RN, porém também é um local que gera desconforto, cansaço físico e intensos conflitos emocionais.

No cenário das instituições hospitalares, a morte está constantemente presente, conviver com a morte faz parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem, mais especificamente, daqueles que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Nesse ambiente, a tecnologia contribui para cuidar dos neonatos em estado crítico. Os profissionais trabalham com o dispositivo tecnológico, usando-o como suporte para lidar com a restauração da saúde e a manutenção da vida das crianças, porém nem sempre o auxílio tecnológico é capaz de restaurar o funcionamento normal do corpo humano. Embora a equipe de enfermagem use de todos os recursos, às vezes o desfecho não é o esperado, e a morte se faz presente.^{1,24}

O problema principal desta pesquisa é: Quais são os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal?

Parte-se da hipótese de que o envolvimento emocional dos atuantes em enfermagem ao passarem pela morte de recém-nascidos internados em UTIN, vai muito além do que se pode pensar. É pressuposto que esses profissionais sentem-se despreparados para defrontar a morte, uma vez que eles não recebem preparo e nem apoio psicológico para enfrentar situações como esta. Além do despreparo pode-se supor que grande parte desses profissionais sentem tristeza e dificuldade para abordar a família enlutada, muito deles também acabam levando esse fardo para fora do ambiente profissional ao ficarem pensando nesse tipo de acontecimento quando chegam em suas casas.

A equipe de enfermagem procura prestar atendimento individual e qualificado para os recém-nascidos, esses profissionais têm grandes responsabilidades sobre eles, logo há necessidade de uma atenção difusa que englobe não só aspectos científicos. Nesse contexto é estabelecido vínculo entre equipe de enfermagem e paciente, sendo assim a morte repentina pode causar medo ao profissional da saúde. A interrupção da vida de uma criança gera um dos processos mais dolorosos. Essas mortes certamente trazem consequências diretas para o atuante na enfermagem.²

Frente a essas considerações o presente estudo tem como objetivo conhecer e refletir sobre os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte do paciente neonatal. Evidenciam-se necessários métodos que os profissionais de enfermagem têm para lidar com a morte de recém-nascidos, compreender as percepções e sentimentos dos profissionais de enfermagem diante do processo de morte neonatal e descrever as estratégias dos membros da equipe de enfermagem para não fazer

com que os traumas vivenciados no ambiente de trabalho, sejam levados para fora desse ambiente em suas vidas pessoais.

Devido à exposição contínua e diária ao processo de morte, há uma necessidade de refletir e lidar com os medos e inseguranças que se interpõem à atuação do profissional de enfermagem diante da finitude da vida. Tal necessidade faz com que se torne necessário, conhecimento técnico e científico para o exercício da profissão. Ao conviver com o óbito infantil, todas as dúvidas, inseguranças e incertezas que permeiam, levam os profissionais de enfermagem a repensar suas definições e sentimentos sobre a perda, o que trás uma necessidade de adotar estratégias próprias de enfrentamento, e repensar sobre o seu papel como profissional.^{3,26}

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de caráter qualitativo, acerca do envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal, que será realizado utilizando as bases de dados da BVS Biblioteca virtual em saúde (SCIELO, BDNF e LILACS)

Foram selecionados para a pesquisa 23 artigos científicos que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: Indexados na base de dados LILACS, BDNF, e SCIELO, publicações nacionais, divulgados em língua portuguesa, publicações com recorte de tempo de cinco anos (2014-2019) e que tenham relação com o assunto proposto. Foram excluídos: Artigos internacionais, publicações com recorte de tempo com mais de cinco anos, artigos que não tenham relação com o tema. Foram utilizados da base de dados SCIELO, 9 artigos, da BDNF 6 e da LILACS 8 artigos.

Problematização

O problema principal desta pesquisa é: Quais são os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal?

Os profissionais da área da saúde, principalmente os que atuam em enfermagem, convivem com o cuidar, o recuperar e a morte dos pacientes todos os dias. No entanto nossa cultura implanta uma visão que a morte e o processo de morrer é uma ação negativa e que esses profissionais devem combater.^{4,31}

Hipótese

Supõe-se que o envolvimento emocional dos atuantes em enfermagem ao passarem pela morte de recém-nascidos internados em UTIN, vai muito além do que se pode pensar. É pressuposto que esses profissionais sentem-se despreparados para defrontar a morte, uma vez que eles não recebem preparo e nem apoio psicológico para enfrentar situações como esta. Além do despreparo pode-se supor que grande parte desses profissionais sentem tristeza e dificuldade para abordar a família enlutada, muito deles também acabam levando esse fardo para fora do ambiente profissional ao ficarem pensando nesse tipo de acontecimento quando chegam em suas casas.

Objetivos

Objetivo geral: Conhecer e refletir sobre os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte do paciente neonatal.

Objetivos específicos: Verificar quais são os métodos que os profissionais de enfermagem têm para lidar com a morte de recém-nascidos.

Compreender as percepções e sentimentos dos profissionais de enfermagem diante do processo de morte neonatal.

Descrever os mecanismos de defesa dos membros da equipe de enfermagem para enfrentar a morte.

Metodologia

Este estudo é uma revisão Integrativa da literatura que tem por finalidade sintetizar os resultados obtidos na pesquisa sobre um tópico ou tema delimitado, de forma sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento deste tema em questão. É um método que agrupa os resultados da pesquisa primária sobre o mesmo assunto, a fim de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais completa de um fenômeno específico. O objetivo da Revisão Integrativa da Pesquisa é interconectar elementos isolados de estudos existentes. As Revisões de Pesquisa enfocam tanto os resultados empíricos quanto os quadros teóricos elaborados na pesquisa primária, fornece informações mais completas sobre um determinado evento a partir de dados obtidos de pesquisas anteriores.^{5,32}

O revisor avalia criticamente os critérios e métodos utilizados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados para determinar se eles são metodologicamente válidos. Esse processo resulta em uma redução no número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados sistematicamente. Por fim, os dados são interpretados, sintetizados e conclusões extraídas dos diversos estudos incluídos na revisão integrativa. A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma revisão abrangente da literatura, o que contribui para as discussões sobre os métodos e resultados da pesquisa, bem como reflexões sobre estudos futuros. O objetivo inicial deste método de pesquisa é obter uma compreensão profunda de um fenômeno particular baseado em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, para que o leitor possa identificar as características reais da informação.^{6,33}

Dentre os métodos de revisão, a revisão integrativa é a mais completa, apresentando vantagem sobre outras, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e quase experimentais, proporcionando um entendimento mais completo do tema de interesse. Este método também permite a combinação de dados da literatura teórica e empírica. Portanto, o revisor pode elaborar uma revisão integrativa com finalidades diferentes, ou seja, pode abordar a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um determinado tópico. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa, juntamente com a multiplicidade de propósitos deste método, resulta em um quadro completo de conceitos, teorias ou problemas complexos relacionados aos cuidados que são relevantes para a enfermagem.^{6,34}

Para a construção de uma revisão integrativa de literatura é preciso percorrer seis etapas distintas. Primeira etapa: Estabelecer a hipótese ou questão da pesquisa, nesse momento se escolhe e define o tema, objetivos, identifica as palavras chaves. Segunda etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca da literatura. Terceira etapa: Categorização dos estudos selecionados. Quarta etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, na quinta etapa é feita a interpretação dos resultados e na sexta etapa apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.⁶

O estudo trata do envolvimento emocional da equipe de enfermagem frente à morte de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal. Foram selecionados para a pesquisa vinte e três artigos científicos sobre a temática, acessados nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) SCIELO (Scientific Electronic Library online), BDEF (Banco de dados em enfermagem) e LILACS (Literatura latino americana e do Caribe em ciências e saúde), publicados nos últimos cinco anos.

Os seguintes descritores foram utilizados: Unidade de terapia intensiva neonatal, Emocional, Atitude frente à morte, Neonatologia e Equipe de enfermagem.

Para a seleção das fontes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Indexados na base de dados BVS (LILACS, BDEF e SCIELO) publicações nacionais, divulgados em língua portuguesa, publicações com recorte de tempo de cinco anos (2014-2019) e que tenham relação com o assunto proposto. Excluídos: Artigos internacionais, publicações com recorte de tempo com mais de cinco anos e artigos que não tenham relação com o tema. Foram utilizados da base de dados SCIELO 9 artigos, da BDEF 6 e da LILACS 8 artigos.

Justificativa

A presente pesquisa tem relevância para profissionais e acadêmicos de enfermagem, pois tem por foco discorrer os sentimentos e atitudes dos profissionais da saúde diante do falecimento de neonatos. Entende-se melhor traria como resultados a solução de dificuldades relacionadas ao tema, como desenvolver um melhor relacionamento entre profissional e paciente terminal.

Diante da polêmica causada por essas questões que fazem parte do cotidiano hospitalar, e entendendo que há necessidade de melhorar a condição de quem presta os cuidados, percebe-se que é de suma importância conhecer sobre os sentimentos que são gerados pela subjetividade dos profissionais de saúde frente a essa realidade, pela sua maior aproximação com o paciente e sua família.^{1,25}

Ao observar a lacuna existente acerca do que os profissionais de enfermagem sentem ao se deparar com a morte de neonatos, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na disseminação sobre o conhecimento do enfrentamento da morte, nesse especificamente a neonatal.

Sentimentos de perda e de luto podem ser despertados pela equipe de saúde, sendo assim é importante reconhecer que isso pode acontecer e esses sentimentos podem ser prejudiciais no acolhimento e o cuidado ao paciente e família, trazendo o distanciamento da equipe, que não se sente capaz de lidar com o enlutamento da família.^{7,35}

Este estudo é de suma relevância para membros da sociedade, pois é importante que todos tenham informações sobre os sentimentos dos membros das equipes de enfermagem, muitas vezes os indivíduos tratam da enfermagem como se essas pessoas não tivessem sentimentos e não passassem por fardos pesados todos os dias, na rotina hospitalar.

Debater sobre a morte causa polêmica, pois para o ser humano lidar com o fim da vida é difícil. Analisar a vida como sendo algo passageiro faz com que as fragilidades humanas se destaquem. Para a grande parte da população a morte é concebida como um tabu, sendo pouco discutida no âmbito social.^{3,27,28,29}

Referencial Teórico

Neonatologia é entendida como o estudo do período da vida que tem início no nascimento e se estende até o 28º dia de vida, é compreendida como uma fase de

adaptação da vida fora do útero, esse período é caracterizado por constantes transformações anatômicas e fisiológicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota a classificação relacionada à idade gestacional do recém-nascido: como prematuro: qualquer um que tenha menos de 37 semanas de gestação (ou menos de 259 dias de gestação), termo: nascido entre a 37ª semana e 41ª semana e seis dias de gestação, e pós-termo é qualquer um nascido com 42 semanas ou mais tarde.^{8,38,39}

Muitas vezes o paciente neonatal passa por complicações e necessita ser internado em uma Unidade de Terapia intensiva Neonatal (UTIN), esse ambiente é caracterizado por ser frio, e por ser um local onde são realizados procedimentos complexos, dolorosos e invasivos para que haja a recuperação. Nesse local é prestada assistência a pacientes graves e de risco, o profissional que trabalha nesse ambiente convive diariamente com situações que causam angústia e estresse, decorrentes de patologias incuráveis e/ou graves, com prognóstico limitado e passa a vivenciar a morte e o luto com frequência.⁹

Com os avanços da tecnologia aplicados à assistência neonatal, podemos observar uma elevação de sobrevivência de prematuros. As UTINs tem disponível um grande arsenal tecnológico, trazendo assim a sensação de que a morte pode ser evitada. Esses levam ao prolongamento do processo de morrer e por consequência adicionam um sofrimento para os pacientes e seus familiares, decorrente de tudo isso os profissionais sentem, a obrigação de empregar todos os esforços para prolongar a vida do paciente.^{10,41}

Fazem parte da equipe que trabalha em uma unidade de terapia intensiva neonatal, médicos neonatologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, porém quem tem um contato maior com esses pacientes e seus familiares, é a equipe de enfermagem. Esses profissionais lidam com situações emocionais delicadas, como por exemplo, a fragilidade de um recém-nascido prematuro, a morte e os sentimentos de ansiedade e insegurança que são vivenciados pelos familiares.⁸

A enfermagem tem por foco como profissão, o cuidado humano. Esses cuidados se apresentam em duas vertentes diferentes, que se referem aos procedimentos técnicos e à sensibilização na maneira de tratar o próximo, sendo essa a essência da profissão. O profissional de enfermagem deve ter destreza, ser ágil, hábil e ter capacidade de para saber estabelecer prioridades, devendo também dar a intervenção de forma consciente e com segurança ao prestar atendimento ao ser humano, devendo não esquecer de que, o cuidado une interação, integração e relação entre o profissional, o paciente e familiares.¹¹

O papel da equipe de enfermagem diante a família do paciente é prestar cuidado e ter atenção para manter o ambiente tranquilo, tendo em vista tantas responsabilidades, enfermeiros e técnicos ainda tem que lidar eventualmente com o fim da vida de seus pacientes, nota-se que há uma dificuldade ao se deparar com esse tipo de situação. O objetivo é a melhora do paciente, mas quando ocorre o contrário o óbito do cliente muitas vezes pode ser interpretado como sendo uma falha, fracasso, tanto pelo profissional quanto pelos demais e isso gera sentimentos ruins que futuramente podem levar a uma série de complicações.^{12,41}

É bem complexo e desafiador lidar com esses determinados sentimentos, por isso a equipe deve estar bem preparada para aceitar os limites de sua atuação e assistir as necessidades das crianças e de seus familiares, além de lidar com o próprio sentimento ao conviver diariamente com a perda e a morte. O profissional de

enfermagem não pode demonstrar suas fragilidades, vulnerabilidades, incertezas e medos, frente a tudo é preciso que o atuante nessa área esteja bem preparado.^{7,36}

O enfermeiro deve estar capacitado e habilitado para prestar seu serviço com eficiência e agilidade, observando as indagações e solicitações do paciente e de seus familiares. Logo, além do conhecimento técnico, o profissional deve estar preparado para as relações interpessoais existentes no âmbito laboral.³

A morte pode ocorrer em qualquer período da vida, ela não escolhe idade, ou seja, pode ocorrer quando o indivíduo é recém-nascido, criança, jovem, adulto ou idoso, entretanto alguns estudos evidenciam que o atuante em enfermagem sente mais dificuldade em aceitar a morte quando se trata de um recém-nascido do que quando ocorre em pacientes idosos ou com doença terminal. Isso porque a morte em um momento inicial da vida como é no caso do recém-nascido, interrompe seu ciclo de vida logo no início, e isso na maioria das vezes causa revolta, sofrimento e angústia para o profissional. Já a morte quando acontece com idosos ou pacientes terminais traz para a equipe a sensação de alívio e de conforto, uma vez que se entende que aquele paciente seguiu o curso natural da vida.^{13,45,46}

Na enfermagem, a morte e o processo de morrer apresenta-se quase que de maneira ostensiva na rotina de trabalho, isso obriga os profissionais a acabar estabelecendo convivência com ela, e nem sempre esse convívio é pacífico. A morte pode despertar sentimentos diversos nessas pessoas, frustração, medo e insegurança, que, na teoria, não deveriam fazer parte da vida laboral do enfermeiro.^{7,37}

Mesmo que a morte diariamente faça parte do trabalho da equipe de enfermagem, ainda existe muita dificuldade de se falar do assunto, destaca-se a importância de haver preparo e mais debate sobre o tema.⁴

Enfermeiros precisam se apoiar na amplitude do assunto, favorecendo um aspecto crítico-reflexivo das diversas áreas que envolvem o ser humano inclusive sobre o encerramento do ciclo vital. Além disso, a equipe de enfermagem é a que mantém um contato mais longo e direto com o pacientes, satisfazendo suas necessidades, seus desconfortos. E, portanto, é mais provável que estabeleça laços afetivos. Esta proximidade faz com que o profissional crie vínculos e isso pode afetar positivamente, em relação ao cuidado, e negativamente, quando o prognóstico do paciente é a morte.⁴

Estudos apontam que quando o período de internação é muito longo, os laços de afetividade entre profissional e a criança, podem se tornar mais intenso, como se fossem familiares. O vínculo afetivo é maior e está relacionado proporcionalmente com o tempo de internação da criança. Por outro lado, existem profissionais que, para evitar o sofrimento e a sensação de perda, limitam-se apenas aos procedimentos técnicos, evitando envolver-se emocionalmente com o paciente, e isso pode prejudicar a assistência.^{14,49}

Contudo, em todo estudo destacou-se que cada profissional deve reconhecer seu limite, para que assim ele não se prejudique, nem diminua seu desempenho profissional. Nas instituições de saúde é considerado um comportamento adequado, aquele em que o profissional não se envolve, não encontra brechas para expor sua angústia e fraqueza, há uma cultura no meio hospitalar que diz que o bom profissional de enfermagem não deve se envolver.^{15,50}

Nesse contexto é válido ressaltar que os profissionais de enfermagem enfrentam desafios rotineiros no intuito de preservar a vida, porém quando ocorre o contrário a frustração por não ter conseguido preservar a vida do paciente, causa um impacto negativo na vida dos profissionais. Quando não é possível evitar a morte e o

enfrentamento disso na sua rotina, isso gera um esforço físico e mental podendo ocasionar diversas doenças que desgastam o bem-estar profissional, o que lhes tornam mais suscetíveis a adquirir patologias.³

As consequências patológicas geradas nos membros da equipe de enfermagem são diversas. No meio dos que trabalham na área da saúde, os que atuam em enfermagem estão entre os que mais têm propensão a ter problemas mentais, com risco de suicídio e depressão. Tudo isso porque lidam com o sofrimento humano, a dor, a alegria, tristeza, e além de tudo, precisam ofertar ajuda à aqueles que necessitam de seus cuidados.^{16,51}

Uma das patologias é o estresse que pode ocorrer em vários contextos, exige que o indivíduo se adapte ao agente estressor. Na assistência frente ao risco iminente de morte se tem observado uma preocupação relacionada ao estresse em condições de trabalho.^{17,54,55}

Os estressores vivenciados envolvem comumente, acompanhar o intenso sofrimento da criança e de seus familiares, tomar conhecimento do agravamento do quadro clínico, e de seu desfecho fatal, estar suscetível a cometer erros, lidar com as consequências da recidiva ou morte repentina do paciente, incapacidade de oferecer cuidado de qualidade devido à percepção de sobrecarga de trabalho, entre outros fatores adversos.^{17,54}

Associada ao estresse está à ansiedade que também afeta muitos dos profissionais, ambos podem alterar o ritmo dos trabalhadores e suas produtividades gerando ausência e até o afastamento do serviço. Isso pode gerar no trabalhador sintomas que para alguns podem ser duvidosos. Podem ser confundidos com comodismo, preguiça e desinteresse, mas podem mascarar possíveis transtornos psiquiátricos.¹⁸

Dos sintomas da ansiedade e estresse apresentados em decorrentes de atividades laborais, os que predominam, e surgem de forma ocasional, são: cefaleia, irritabilidade, perda da concentração, fadiga, alterações do sono, alterações de apetite, comer em excesso para aliviar o estresse e ansiedade, preocupações excessivas, perda de apetite, sensação de desgaste físico constante, problemas de memória, mal-estar generalizado sem causa específica.¹⁸

Os transtornos psíquicos são caracterizados por reações de estresse, ansiedade, insônia, pânico, angústia, depressão, relações interpessoais mal estabelecidas e hipersensibilidade emotiva. Esses efeitos em longo prazo podem vir a causar síndromes como a de Burnout.^{11,43,44}

Essa síndrome é caracterizada por ser uma síndrome psicológica que é resultada da resposta aos agentes estressores interpessoais permanentes vivenciados no ambiente de trabalho. O esgotamento de energia é gerado de uma má adaptação à longa exposição a estressantes condições e com alta carga tensional. Essa síndrome tem três dimensões: Esgotamento ou exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal.¹⁵

O não preparo dos profissionais para lidar com a finitude da vida, pode causar exaustão emocional, sendo assim esses profissionais são os mais afetados por essa síndrome.¹

Além dos transtornos já citados o técnico de enfermagem e o enfermeiro que convivem com a morte no seu cotidiano, podem acabar adquirindo a depressão que tem como característica o prolongamento de sintomas depressivos e variação de humor. Os índices elevados de depressão e riscos para suicídio estão em contraste com as funções que são desempenhadas pelos profissionais de enfermagem.

Geralmente de quem esperamos receber cuidados, pode estar necessitando ser cuidado.^{16,52,53}

Vários fatores cooperam para que haja intensas mudanças no cotidiano das pessoas, alguns deles são as transformações que a sociedade vivencia que têm reflexo no dia-a-dia dos trabalhadores, fazendo com que se tornem cada vez mais comprometidos com o que se exige e se demanda na rotina do ambiente laboral. Várias enfermidades podem ser manifestadas pela dificuldade que há em conciliar a vida profissional com a pessoal.^{19,56,57}

Para que isso seja evitado é necessário que o profissional de enfermagem busque informações para se capacitar quando o assunto é a morte, e principalmente a de recém-nascidos, por ser a que mais abala o emocional dos técnicos e enfermeiros, é necessário ter um olhar diferenciado para a assistência e o cuidado a crianças sem possibilidade de cura.⁸

Para evitar esses transtornos e prevenir que seu psicológico fique abalado ao profissional de enfermagem alguns mecanismos de defesa foram apontados pelos estudos frente à situação de morte processo de morrer. A negação, manifestada pela aparente insensibilidade e frieza é usada para não criar vínculos com os pacientes. Outros mecanismos de defesa relatados foram a assistência baseada exclusivamente na técnica do prolongamento do processo de morrer.^{20,60,61}

O sentimento de impotência expresso pelos membros da equipe de enfermagem sob a terminalidade da vida, mostra sua falta de preparação para passar por este momento. Todos os dias, a equipe de enfermagem de um UTIN enfrenta situações de atendimento ao paciente no processo de morte. Para passar por essas situações de maneira efetiva, é imprescindível que o enfermeiro e técnico de enfermagem intensivista, estejam preparados. Esta preparação é essencial não só para que o enfermeiro seja capaz de atuar eficientemente em atividades técnicas, gestão e atendimento ao paciente, mas, acima de tudo, para garantir o seu próprio físico e mental.^{21,63,64}

Caso o profissional não esteja devidamente preparado, a carga levada pode ser muito prejudicial, as pessoas que não têm um plano de enfrentamento acumulam consigo muitos sentimentos, que como já foi citado podem ser muito prejudiciais. Os sentimentos descritos pelos profissionais foram diversos, constatou-se que os profissionais de enfermagem sentem uma diversidade de sentimentos diante da morte, os mais comuns são culpa, fracasso e negação. Estes estão presentes pela percepção de que o profissional deve apenas "salvar vidas"; onde a formação acadêmica reforça a ideia de "profissionais como deuses", que estão preparados para derrotar a morte. No entanto, quando eles a encontram, sentem-se culpados. Diante desta perspectiva de "endeusamento" quando a morte está presente, é notório o incômodo que os atuantes em enfermagem sentem perante a impotência de não poder detê-la, não sendo capaz de dominá-la e ao perceber que apesar de todo o cuidado e todas as tecnologias, existirá sempre a limitação diante da morte.⁴

Além desses sentimentos os profissionais mencionam que ao saber que não há mais nada a fazer, e que essas crianças estão morrendo, gera-se um sentimento de impotência e de fracasso. Esse tipo de sentimento faz com que se sintam frágeis e sofram com o óbito da criança, e por não terem sido capazes de proporcionar a cura. O profissional acaba desenvolvendo diversos outros sentimentos, entre eles a impotência e a frustração são os mais frequentes. Outro sentimento observado na maioria dos estudos é a negação da morte, o que acontece com o distanciamento do profissional no momento em que a morte acontece ou que se torna a previsão.⁹

Por fim sabemos que trabalhar em UTI acaba envolvendo uma grande carga emocional, o que é desgastante e frustrante, resultando em sensações como fracasso, impotência e incapacidade.^{9,40}

Nos estudos são observados que diante da morte os sentimentos da equipe de enfermagem são: compaixão, indiferença, impotência, ansiedade, culpa, negação, envolvimento emocional, empatia e tristeza. Podemos ver que não são apenas sentimentos ruins os sentidos pelos atuantes em enfermagem, como por exemplo, os que foram citados compaixão e empatia. A compaixão é sentida quando o findar da vida é antecedido por um longo período de internação e de sofrimento dos pacientes, a empatia ocorre quando os profissionais se colocam no lugar das famílias que recentemente passaram pela perda de um ente querido.^{13,47,48}

Levando tudo isso em consideração é importante que o profissional de enfermagem crie um mecanismo de defesa para não sofrer ou amenizar o sofrimento. De acordo com pesquisadores, quando o profissional utiliza mecanismos de defesa, o fim da vida começa a ser visto com mais naturalidade e passa a ser considerada como algo normal e rotineiro, e esse ponto de vista nada mais é do que um indicativo de que o profissional de saúde de um modo geral, tem falta de preparo para tais situações.^{9,40}

Os mecanismos de defesa mais usados, nessa situação, são o da negação e evasão, ou seja evitam falar sobre a morte, pois sofrem com o sofrimento do paciente fora de possibilidades terapêuticas e sentem profundamente quando os perdem. Esse tipo de estratégia faz com que se crie uma espécie de armadura profissional, onde se transparece ser uma pessoa insensível e fria, impedindo que se desenvolva profissionalmente e humanamente, e como consequência acaba interferindo negativamente nos cuidados que serão prestados.^{22,65}

Os sentimentos que surgem durante a assistência ao paciente, fazem com que o profissional se afaste, resultando em um cuidado não direcionado e individualizado, ou seja, o profissional assiste e monitora o paciente mecanicamente, através dos equipamentos e aparelhos, não priorizando os cuidados a nível emocional e espiritual. Este despreparo emocional impossibilita que a equipe de enfermagem observe o doente como um ser único, que necessita de conforto, amparo e cuidados especiais, mesmo que não exista possibilidade de cura.^{22,66}

Desde então, em vida, a equipe de enfermagem prestou assistência para melhoria, ou cura, ver a necessidade de cuidar do paciente após sua morte fazer a limpeza do corpo, desligar os aparelhos, remover as sondas, cobrir os orifícios e carregar o corpo para a câmara da morte se torna uma tarefa exaustiva. Preencher esta lacuna muitas vezes é muito doloroso e dificulta o processo de aceitar a morte e o luto. Refletindo sobre este assunto, algumas limitações merecem destaque: dificuldade em dar a notícia da morte aos pais do bebê; Inconformidade com a morte do paciente quando as medidas terapêuticas não são bem sucedidas; dificuldade em decidir viabilidade de tratamento para pacientes graves; além da dificuldade da equipe multiprofissional no tratamento da naturalização do evento da morte, sentir a dor do mesmo e não saber lidar com isso, sem conhecer seus limites e necessidades como cuidadores estes conflitos reiteraram a necessidade de buscar respostas e aprofundamento.^{1,25}

Tendo em vista todos esses sentimentos podemos entender que o profissional precisa ser resiliente e compreender a morte como parte natural do ciclo biológico, isso pode ajudar a equipe de enfermagem a passarem por essas situações com menos sofrimento. Após entender suas limitações e aceitar a morte como um evento natural, os profissionais precisam resignificar sua vivência com o cuidado.^{10,42}

Há muitos fatores que são responsáveis por toda dificuldade que o profissional de enfermagem tem de enfrentar a morte e tudo isso começa na sociedade que pouco fala sobre o assunto. Essa exclusão da morte pela sociedade está impregnada por sinônimos negativos que ao mencionar é automaticamente negado e proibido, além de tudo isso a maneira misteriosa e a caracterização incerta da morte são responsáveis pelo sentimento de negação e medo da finitude. Porque embora haja muita especulação a respeito da experiência de morte, baseiam-se por religião, cultura ou ciência, não passa de incertezas, porque aqueles que a experimentaram não puderam compartilhar histórias com os vivos, mantendo o fim da vida em um estado desconhecido.¹¹

Além disso, há uma grande falha no processo de graduação. Os sentimentos como o medo e insegurança que são gerados nos membros da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer deixam claras as lacunas no ensino de graduação, entre as quais a ineficácia de suporte pedagógico e psicológico aos futuros profissionais, a fim de que possam conviver com o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Uma medida necessária seria a reformulação dos currículos acadêmicos de enfermagem, para que sejam inseridas disciplinas e espaços de reflexão que enfoquem a perda e o luto, de tal maneira que os futuros profissionais possam vivenciar a realidade da finitude da vida e propiciar uma relação participativa, dando a assistência adequada e com qualidade nesses momentos.²¹

Observou-se que o despreparo durante a formação profissional pode repercutir em sua prática, já que a morte, principalmente de pacientes neonatais, pode trazer prejuízos psicológicos aos profissionais. Portanto é necessário que a tanatologia seja inserida na matriz curricular e que a equipe de enfermagem receba continuamente capacitações e aperfeiçoamento que irão lhes ajudar a enfrentar o processo de morte.¹³

Frente a essas dificuldades, podemos ver que existe uma grande necessidade de que os profissionais busquem uma formação com maior embasamento para enfrentar o processo de morte e morrer. As instituições devem oferecer uma formação não só voltada para as ações técnicas, uma vez que a maioria das dificuldades citadas se relaciona com o não saber lidar com o acontecimento.²³

Fortalecer a formação dos profissionais de enfermagem pode ter um reflexo positivo na satisfação, no trabalho e na qualidade da assistência.^{20,62}

Dar auxílio para os alunos na compreensão da assistência ao paciente gravemente enfermo e com risco de morte, simular vivências em campo poderiam ser incluídas nas atividades práticas.²²

Outra falha é encontrada, só que dessa vez nas unidades hospitalares que geralmente não oferecem apoio psicológico para os profissionais. É de grande importância que as instituições hospitalares criem grupos multidisciplinares para discutir e debater sobre a morte e todo o seu processo, permitindo aos profissionais da enfermagem e aos membros da equipe de saúde expor suas dificuldades, sentimentos, dúvidas e experiências que vivenciam ao lidar com o paciente terminal. Desta forma, busca-se que os trabalhadores de enfermagem tenham um entendimento e uma compreensão a respeito da morte, reduzindo e minimizando as angústias e desgastes emocional/psicológico, favorecendo uma melhoria na qualidade da assistência prestada.²²

Considerações finais

No cenário das instituições hospitalares, a morte está constantemente presente, conviver com a morte faz parte do cotidiano dos profissionais de

enfermagem, mais especificamente daqueles que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal, essa rotina pode gerar sentimentos ruins que eventualmente podem evoluir para transtornos psicológicos que podem trazer malefícios para os membros da equipe de enfermagem, tendo em vista tais acontecimentos esse estudo viabilizou falar sobre o envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal.

A problemática principal dessa pesquisa foi demonstrar “quais são os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal?” Com isso foi pressuposto que esses profissionais sentem-se despreparados para defrontar a morte, uma vez que eles não recebem preparo e nem apoio psicológico para enfrentar situações como esta, além do despreparo pode-se supor que grande parte desses profissionais sentem tristeza e dificuldade para abordar a família enlutada, muito deles também acabam levando esse fardo para fora do ambiente profissional ao ficarem pensando nesse tipo de acontecimento quando chagam em suas casas.

Frente a essas considerações os objetivos do presente estudo foram: Conhecer e refletir sobre os sentimentos da equipe de enfermagem diante da morte do paciente neonatal e assim verificar quais são os métodos que os profissionais de enfermagem têm para lidar com a morte de recém-nascidos, compreender as percepções e sentimentos dos profissionais de enfermagem diante do processo de morte neonatal e descrever os mecanismos de defesa dos membros da equipe de enfermagem para enfrentar a morte.

A presente pesquisa tem relevância para profissionais e acadêmicos de enfermagem, pois tem por foco discorrer os sentimentos e atitudes dos profissionais da saúde diante do falecimento de neonatos. Entende-os melhor traria como resultados a solução de dificuldades relacionadas ao tema, como desenvolver um melhor relacionamento entre profissional e paciente terminal. Ao observar a lacuna existente acerca do conhecimento do que os profissionais de enfermagem sentem ao se deparar com a morte de neonatos, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na disseminação sobre o conhecimento do enfrentamento da morte, nesse especificamente a neonatal. Este estudo é de suma relevância para membros da sociedade, pois é importante que todos tenham informações sobre os sentimentos dos membros das equipes de enfermagem, muitas vezes os indivíduos tratam da enfermagem como se essas pessoas não tivessem sentimentos e não passassem por fardos pesados todos os dias, na rotina hospitalar.

Os sentimentos gerados nos profissionais que atuam na equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva neonatal foram, principalmente, compaixão, indiferença, impotência, ansiedade, culpa, negação, envolvimento emocional, empatia e tristeza. Foi possível observar que um aspecto importante trazido pelos estudos, a dificuldade dos membros da equipe de enfermagem, enquanto ser humano, de lidar com seus sentimentos. É relatado pelos autores que sentimentos como tristeza, angústia, impotência, insegurança, culpa, dor ou medo são componentes a serem trabalhados. O amadurecimento do profissional é desenvolvido a partir do processo de gerenciamento destes componentes, tornando-o apto, então, a lidar melhor com os sentimentos de pacientes, familiares, bem como seus próprios sentimentos.

No âmbito acadêmico, a temática da morte, de certa forma, é relegada ou excluída da formação dos enfermeiros, não havendo uma disciplina específica sobre

o tema que valorize e ressalte a esfera humanística e filosófica. Diante disso, surge a necessidade de desenvolver iniciativas que possibilitem a transformação dessa realidade, abrangendo desde as bases formadoras do saber em enfermagem até os profissionais já atuantes nas instituições de saúde.

No que diz respeito ao enfrentamento da morte, para os profissionais de enfermagem é necessário preparo na formação, preparo específico na unidade de trabalho, apoio psicológico periódico ao profissional e atualização de conhecimento, por meio de cursos, palestras e outros meios disseminação sobre o assunto. Segundo os autores foi identificado que os profissionais desenvolvem mecanismos de defesa para evitar danos psicológicos, eles usam de indiferença e negação como defesa para as próprias fragilidades e limitações. A crença em Deus e em rituais religiosos também é citada como estratégia de enfrentamento no processo de morte, pois a religião trás conforto e ajuda o profissional a passar por momentos difíceis.

Recomenda-se a criação de grupos de apoio formados por psicólogos e/ou terapeutas, abrindo espaço e condições para quebrar o silêncio, sair da negação e da ilusão de força, se permitir enlutar, extravasar a dor e aceitar a morte de forma saudável. Outra estratégia é a necessária capacitação em serviço, com cursos específicos abordando a tanatologia, visando apoiar as profissionais a melhor suportar o ofício de lidar com a morte e o processo de morrer. Por fim, espera-se que as instituições formadoras e assistenciais reconheçam a importância da abordagem dessa temática para a qualificação e humanização do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1.Rocha DD, Nascimento EC, Raimundo LP et.al. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Mental. 2017; 11(21):546-560
- 2.Navais MC, Viegas MPC, Rodrigues RP, et.al. Morte e luto: vivências de pediatras em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal nas microrregiões de Barbacena e São João Del Rei. Ver Med Minas Gerais. 2017; 27(supl 1):60-65
3. Silva AF, Bulhões CM, Cavalcante AL et.al. Os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e do morrer: Uma revisão integrativa de literatura. Ver. Ciências biol. 2016;3(2):161-176
- 4.Lima ABS, Oliveira LP, et.al. Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: Revisão integrativa. Ver pesq saúde. 2016;17(2):116-121.
- 5.Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada a enfermagem. Cogitare Enferm. 1998;3(2):109-112.
- 6.Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm.2008;17(94):758-764.
- 7.Silva MCB. Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI. Rev. Online. 2015;

- 8.** Frank ESMP, Quaresma ACM, Silva JSN, Rocha RBA. O cuidado da enfermagem ao recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal of specialist*. 2018; 3(3): 3-18.
- 9.** 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 Ver*.2015;15(40):37-48.
- 10.** Almeida FA, Moraes MS, cunha MLR. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Ver Esc Enfgerm USP*. 2016;50:122-129.
- 11.** Silveiran BLC, Brito MB, Portella SDC. Os sentimentos gerados nos(as) profissionais enfermeiros(as) diante do processo de morte/morrer do paciente. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2015;4(2):152-169.
- 12.** Costa JC, Lopes K, Rebouças DMC et.al. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapeutancológicas: Uma revisão bibliográfica. *Vita et Sanitas*. 2018;2(2):152-160.
- 13.** Portels NLC. Profissionais de enfermagem e a morte em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa de literatura. *Ver Augustus*. 2014;19(38):36-43.
- 14.** Lima BSF, Silva RCL. Morte e morrer numa UTI pediátrica: desafio para cuidar em enfermagem na finitude da vida. *Cien Cuid Saúde*. 2014;13(4);722-729.
- 15.** Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AMB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. *Acta Paul Enferm*. 2016;19(2):131-137.
- 16.** Silvca DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG et.al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):1027-1036.
- 17.** Santos AF, Santos MA. Estresse e Burnout no trabalho em oncologia pediátrica: Revisão integrativa de literatura. *Psicologia ciência e profissão*. 2015;35(2)437-456.
- 18.** Sena AFJ, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. *Nurs Healt*. 2015;5(1):27-38-7.
- 19.** Souza VFS, Araújo TCCF. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia Ciência e profissão*. 2015;35(3):900-915.
- 20.** Bastos RA, Lamb FA, Quintana AM, Beck CLC, Carnevale F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*. 2017; 17: 58-67.
- 21.** Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida minfantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Rev. Bioé*. 2015; 23(3):608-614

- 22.**Rosa DSS, Couto AS. O enfrentamento emocional do processo de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. Revista Enfermagem contemporânea. 2015; 4(1): 92-104.
- 23.**Barros RNS, Oliveira SC, Gonçalves LC, Santos EC, et.al. Percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. Ver. UNINGÁ. 2017; 32(1): 137-146.
- 24.**Rockembach JV, Casarim ST, Siueira HCH. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: Sentimentos e Estratégias de enfrentamento. Revista Rene. 2010; 11(2): 63-71.
- 25.**Silva LCSP, Valença CN, Germano RM. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(5): 770-774
- 26.**Viana DL, Leão EL, Figueiredo NMA. Especialização em enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis 2012.
- 27.**Afonso SBC. Sobre a morte e o morrer. Cien Saude Colet. 2013;18(9):2781-2782
- 28.**Medeiros LA, Lustosa MAA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. Rev SBPH. 2011; 14(2).
- 29.**Souza DM. Et.al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto contexto enfermagem. 2009; 18(1): 41-47
- 30.**Carvalho RC. O processo de morte: Limites e possibilidades para a saúde mental dos graduandos em enfermagem pautado na revisão de literatura. Revista Educação-UNG. 2015;9(3-4):209-215.
- 31.**Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Ver Esc Enferm.2007; 41(4): 660-667.
- 32.**Cooper, H.M. Interating research: A guide for literature reviews. 2.ed. Newbury Park. Sage, 1989.
- 33.**Armstrong D, Bortz P. An integrative review of pressure relief in surgical patients. AORN J. 2001 Mar; 73(3):645-74.
- 34.**Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.
- 35.**Onari P. Reforma íntima e psicanálise. Revista Cristã de Espiritismo.2003. p 20-23.
- 36.**Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando do cuidador profissional. O mundo da saúde, São Paulo: 2010; 34(4):420-429

- 37.**Santos JL, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de Enfermagem: Revisão documental da literatura científica. Rer. Esc. Enferm.USP.2011; 45(1).
- 38.**Montenegro CAB, Rezende FJ (2013). Obstetrícia fundamental. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 483-492.
- 39.**Ramos HCA, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Ver. Enferm. 2009;13(2): 297-304.
- 40.**Araújo SAN, Belém KF. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. Ver ConScientiae saúde. 2010, 9(2):290-299.
- 41.**Poles K, Bousso RS. Dignified death for mchildren: concept analysis. Rev Esc Enferm USP.2009;43(1): 215-222.
- 42.**Bloomer MJ, O`Connor M, Copnell B, Endacott R. Nursing care for the families of the dying child/infant in pediatric and neonatal ICU: nurses´ emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. Aust Crit Care. 2015;28(2):87-92.
- 43.**Fávero MAB, Santos MA. Autism infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. Psicol Reglex. Crit.200;18(3).
- 44.**Carlotto MS, Palazzo LS. Síndrome de Bournout e fatores associados: um estrudo epidemiológico em professores. Cad. Saúde pública. 2006;22(5).
- 45.** Abrão, FMS., et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013;66(5): 730-737.
- 46.**Silva MKG.; Rocha SS. O significado de cuidar do recém-nascido sem possibilidade de terapêutica curativa. Revista Rene. 2011; 12(1): 97-103
- 47.**Fernandes MEN. et al. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. Revista Rene. 2006; 7(1): 43-51
- 48.**Palú LA.; Labrocini L M.; Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cogitare Enfermagem. 2004;9(1): 33-41.
- 49.**Alves MVMFF, Scudeler DN, Luppi CHB, Nitsche MJT, Toso LR. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. Cogitare enferm. 2012;17(3):543-548.
- 50.**Martins EL, Alves RN, Godoy SAF. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Rev Bras Enfermagem. 1999; 52(1):105-17.
- 51.**Barbosa KKS, Vieira KFL, Alves ERP, Virgínio NA. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012;2(3):515-522.

52.Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):487-93.

53.Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2010;18(3):413-20.

54.Bond, D. C. The measured intensity of work-related stressors in pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 1994;11(2): 44-54.

55. Emery, J. Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 1993; 10(3): 87-92.

56.Griffin, M., & Clarke, S. Stress and well-being at work. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology* Washington: American Psychological Association. 2011. (pp. 359-397).

57.Guido, L. L., Linch, G. F., Pitthan, L. O., & Umann, J. Estresse, coping e estados de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(6):1434- 1439.

58.Peters, H., & Brown, T. C. Mental illness at work: an assessment of co-worked reactions. *Canadien Journal of Administrative Sciences*. 2009;26(1):38-56.

59.Torres, AC., Chagas, MI. O., Moreira, ACA., Barreto, ICHC., & Rodrigues, EM. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *SANARE – Revista de Políticas Públicas*. 2011;10(1):42-48.

60.Mota, M.S., Gomes, G.C., Coelho, M.F., Filho, W.D.L., & Sousa, L.D. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011;32(1):129-135.

61.Souza, L.F., Misko, M.D., Silva, L., Poles, K., Santos, M.R., & Bousso, R.S. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. *Revista Escola de enfermagem USP*. 2013; 47(1): 30-37.

62.Silva, M.M., & Moreira, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(2):172-178.

63.Moro CR, Almeida IS, Rodrigues BMED, Ribeiro IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2010;11(1):48-57.

64.Preto VA, Pedrão LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*.2009;43(4):841-848.

65.Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Souza LD. Reações e sentimentos e profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. Rev. gauch. enferm. 2011;32(1):129-35.

66.Silva RS, Campos ERA, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(3):738-44

ANEXOS

Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, ano de publicação e indexados na base de dados SCIELO

Nº	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
1	Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal.	Rocha DD, Nascimento EC, Raimundo LP, et.al.	Conhecer os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que convivem com a morte em UTINs.	O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura. Utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde para consulta.	Conclui-se que apesar da morte ser parte do ciclo natural da vida, os profissionais de enfermagem em sua maioria, não estão conseguindo lidar com a finitude da vida nas UTINs.	2017
2	Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: Vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal	Almeida FA, Moraes MS, Cunha MLR.	Compreender as experiências vivenciadas por enfermeiros ao cuidar de neonatos que estão morrendo e seus familiares na UTIN.	Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com nove enfermeiras da UTIN de um hospital de São Paulo(SP) Brasil.	Enfrentar a morte e luto aciona mecanismos que afloram referências de vida, deparando-se com questões dolorosas.	2016
3	Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa.	Bastos R, Lamb F, Quintana A, Beck, Carnevale F.	Realizar uma metassíntese acerca das vivências hospitalares do enfermeiro frente a morte e o processo de morrer.	Metassíntese realizada por meio da busca na biblioteca virtual em saúde.	Os fatores facilitadores foram observados como fontes de motivação e suporte para a construção de um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo.	2017
4	Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros.	Menin GE, Pettenon MK	Compreender as percepções e sentimentos do profissional enfermeiro diante do processo de morte e morrer infantil.	Estudo Qualitativo e exploratório pautado por categorias temáticas.	Os resultados evidenciam o despreparo emocional dos enfermeiros e a insuficiência de subsídios, seja em sua formação acadêmica, seja em sua	2015

					educação.	
5	O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida.	Rosa DSS, Couto AS.	Compreender os sentimentos dos profissionais de enfermagem frente ao paciente enfermo no processo da terminalidade da vida.	Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva de natureza qualitativa. Utilizou-se a base de dados Lilacs e Bireme considerando publicações dos anos 2002-2012.	Alguns profissionais de enfermagem não estão preparados emocionalmente para lidar com o paciente morrente,	2015
6	Profissionais de enfermagem e a morte em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa da literatura.	Portela NLC	Investigar os sentimentos dos profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva diante da morte e suas estratégias de enfrentamento	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio de busca nas bases de dados BDEF e LILACS.	Conclui-se que a falta de preparo durante a formação profissional pode repercutir em sua prática, podendo trazer prejuízos psicológicos para os profissionais.	2014
7	A experiência do enfermeiro no cuidado paliativo ao neonato/criança: a interface com o processo de morrer e do luto.	Rocha MCP, Souza AR, Rossato LM, Fossa AM, Horibe TM	Conhecer a experiência da enfermeira em relação ao processo de morrer e do luto.	Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica de um hospital de grande porte no interior de São Paulo.	A maior dificuldade enfrentada pela enfermeira está em lidar com as questões de finitude assim como abordar e oferecer suporte a família durante o enlutamento.	2015
8	Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI	Silva MCB	Compreender como os profissionais de enfermagem lidam com o processo de morte e morrer de crianças nas UTIs.	Foram entrevistadas dez enfermeiras que trabalham nas UTIs neonatal e pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília- HMIB.	Os resultados ressaltam a necessidade de investir na criação de grupos de apoio.	2015

Quadro 2: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, ano de publicação e indexados na base de dados BDEF

Nº	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
1	Convivendo com a morte e o morrer	Barbosa AMGC, Massaroni	Descrever os fatores que interferem na	Estudo de abordagem qualitativa	Há a necessidade de discussão e reflexão sobre os	2016

		L	convivência dos profissionais da saúde com a morte e o morrer.	realizado or meio de entrevista semiestruturada com 21 profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva.	fatores encontrados, com implantação de grupos de estudo, na tentativa de melhor conviver com a morte e o morrer.	
2	Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar	Sena AFJ, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM	Identificar sintomas relacionados ao estresse e ansiedade de profissionais de enfermagem que atuam em setor de clínica medica de um hospital público.	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo. Participaram 16 profissionais da enfermagem de um município da região do Vale do Araguaia em Mato Grosso.	Os profissionais de enfermagem estão expostos ao estresse, sendo necessário que os gestores proporcionem melhores condições de trabalho.	2015
3	Morte e luto vivências de pediatras em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal nas microrregiões de Barbacena e São João Del Rei	Navais MC, Viegas MPC, Rodrigues RP, et.al.	Conhecer o significado da morte das crianças para os médicos pediatras das UTIN e UTIP das microrregiões de Barbacena e São João Del Rei em Minas Gerais.	Trata-se de um estudo clínico-qualitativo de oito pediatras nas UTIN e UTIP das duas microrregiões. Foram realizadas entrevistas semidirigidas e o material foi submetido a análise qualitativa de conteúdo	A morte gera sentimentos de pesar, impotência e angústia. O processo de luto profissional ainda não é reconhecido e existe pouca oportunidade de expressão pública para facilitar sua vivência	2017
4	Os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e morrer: uma revisão integrativa	Silva AF, Bulhões CM, Cavalcante LGML, et. Al.	Elucidar os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e morrer no exercício profissional do enfermeiro.	O levantamento de dados foi realizado nas bases de dados como scielo, Lilacs, Reben e texto contexto de enfermagem, bem como o acervo da biblioteca do centro universitário de Tiradentes.	O estresse e a síndrome de burnout são os principais problemas de saúde enfrentados por enfermeiros que vivenciam a morte no cotidiano de trabalho	2014
5	Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte morrer: revisão integrativa	Lima ABS, Oliveira LP, Sá VCS, et. Al.	Evidenciar os sentimentos e percepções dos acadêmicos e profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer.	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica nacional, realizada com artigos publicados nos	A falta de preparo dos profissionais sobre a temática morte repercutiu negativamente na sua prática. Assim, é importante a inserção da	2016

				periódicos da base de dados de enfermagem Scielo, e Lilacs no período de 2000 a 2013 na língua portuguesa.	tanatologia no currículo das universidades e a educação continuada sobre o assunto no ambiente de trabalho.	
6	O cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal	Frank ESM, Quaresma ACM, Silva JSN, Rocha RBA.	Analisar os cuidados de enfermagem com recém-nascidos prematuros em UTIN	Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado nas bases de dados da BVS	O profissional de enfermagem exerce um papel de fundamental importância nessas unidades, sendo atribuída a este a função de prestar um cuidado integral e qualificado que contribua para a redução da morbimortalidade por prematuridade.	2018

Quadro 3: Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, ano de publicação e indexados na base de dados LILACS

Nº	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
1	AS difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva	Santos RP, Garros D, Carnevale F	Definir este problema e propor estratégias para seu enfrentamento	Este estudo é uma revisão de literatura, os dados foram retirados das bases de dados MEDLINE/pubMed e Scielo, em artigos publicados entre 2000 e 2017	O sofrimento pode ser minimizado e resolvido ao se compreender que o foco sempre é o paciente e agir com coragem moral e boa comunicação, em um ambiente de respeito mútuo.	2018
2	O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal	Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AMB, Ximenes LB	compreender a participação do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal	Pesquisa Qualitativa em que participaram 10 enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatológica de um hospital escola da cidade de Fortaleza-CE	os profissionais que lidam com a morte em sua prática convivem com a busca do equilíbrio entre o cuidar do outro e de si mesmo.	2016
3	Estresse e bournout no trabalho em oncologia pediátrica: Revisão integrativa da literatura	Santos AF, Santos MA.	apresentar uma revisão integrativa da literatura relacionada	O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases LILACS, MedLine e	Os achados mostram a necessidade de ampliação dos estudos que	2015

			ao estresse e Burnout em profissionais da oncologia pediátrica.	PsycINFO com análise da produção científica nacional e internacional relativa ao período de 1998 a 2012.	abordem a relação entre estresse ocupacional e aspectos psicossociais, considerando a relevância desses fatores que perpassam a vivência dos profissionais que cuidam da criança com câncer	
4	Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde	Souza VFS, Araújo TCCF	Considerando tais evidências, realizou-se uma investigação sobre estresse e resiliência entre profissionais dessa área.	A coleta foi organizada em duas etapas: a) survey online, com 92 profissionais de diferentes categorias, por meio da aplicação de questionário sociodemográfico e ocupacional e b) dois grupos focais presenciais, totalizando seis profissionais de enfermagem	Dentre os indicadores de resiliência, destacaram-se: satisfação no trabalho, competência emocional, empatia e tenacidade e inovação.	2015
5	Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: Revisão integrativa	Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG et.al.	Discutir sobre os fatores associados à depressão maior e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem	Revisão integrativa em bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e BDEFN, entre 2003 e 2015	Risco de suicídio entre os profissionais de enfermagem está associado a sintomas depressivos e os correlacionados com a Síndrome de Burnout, prejudicando o desempenho profissional.	2015
6	Os sentimentos gerados nos profissionais enfermeiros diante do processo de morte/morrer do paciente	Silveira LC, Brito MB, Portella SDC	Analisar as produções científicas que abordam os sentimentos gerados nos enfermeiros durante o processo de morte/morrer do paciente.	Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa de caráter exploratório. Os artigos analisados encontram-se indexados nas bases de dados do Scielo e Lilacs.	Constatou-se que o despreparo do enfermeiro reflete em um cuidado deficitário que gera situações desumanas e prejudiciais ao cuidado humano no fim da vida.	2015

7	O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas: uma revisão bibliográfica	Costa JC, Lopes K, Rebouças DMC, et.al.	Analisar artigos científicos publicados de 2007 a 2017, na temática enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas.	Pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa exploratória. Selecionamos 23 artigos dentro dos critérios de inclusão.	O enfermeiro não está preparado para lidar com o paciente fora de possibilidade terapêutica com câncer ficando evidente muitas dificuldades.	2018
8	Percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas	Barros RNS, Oliveira SC, Gonçalves LC, et. Al.	Identificar e descrever as percepções da equipe de enfermagem frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas	Trata-se de uma revisão de literatura em bases de dados de publicações nacionais, nos últimos dez anos.	Conclui-se que em alguns momentos, os profissionais são atingidos pelos mesmos sentimentos, e o que diferencia a conduta adotada depende dos conceitos e crenças de cada um frente a situação	2017

07. ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS, NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, COM MENOS USO DE MEDICAMENTOS E MAIS QUALIDADE DE VIDA¹

Luzenir Guedes da Cruz²

Thaís Dantas Neves³

Ani Cátia Giotto⁴

Resumo

O artigo investiga os resultados a partir de pesquisas bibliográficas, tendo por objetivo levantar a produção científica multiprofissional e da enfermagem sobre a prática de educação em saúde, as práticas de cuidados de enfermagem ao hipertenso, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo consolidada com a participação do cliente de forma ativa no seu plano terapêutico, os envolvimento de aspecto biológico, psicológico, culturais e sociais. Com intuito da demonstrativa que os cuidados aos hipertensos e mais eficaz com o envolvimento ativo do cliente, unidade de saúde e equipe multiprofissional, tende se a ter melhores resultados quando levado mais a sério por todas as partes envolvidas nesse processo.

Palavras-chave: Cuidados. Hipertensão. Equipe Multiprofissional

Abstract

The article investigates the results from bibliographical research, aiming to raise the scientific and multiprotection production of nursing on the practice of health education, nursing care practices to the hypertensive, adherence to the antihypertensive treatment consolidated with the participation of the client actively in its therapeutic plan, the biological, psychological, cultural and social aspects involved. With the purpose of demonstrating that hypertensive care is more effective with the active involvement of the client, health unit and multiprotection team, it tends to have better results when taken more seriously by all parties involved in this process.

Keywords: Care. Hypertension. Multiprotection Team

¹ Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

³ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Doutora em Botânica pelo programa de Pós-Graduação em Botânica do Instituto de Biologia da Universidade de Brasília. Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Ciências Florestais na Faculdade de Engenharia na Universidade de Brasília. Graduou-se em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília. Tem experiência em docência e pesquisa na área de germinação de sementes nativas do Cerrado, integrando os componentes arbóreos e herbáceos nativos na Recuperação de Áreas Degradadas do Bioma Cerrado. Pesquisa também a relação de espécies com alta invasibilidade em áreas úmidas. E-mail para correspondência: anicatiabio@gmail.com

Introdução

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo atual, no Brasil algumas pesquisas mostram a prevalência acima de 30%, ou seja, um em cada três brasileiros, sendo que 25% da população apresenta hipertensão, atingindo mais de 50% da população na terceira idade, e surpreendentemente 5% de crianças e adolescentes brasileiros, porém até 2025 esse número poderá ter aumento de 80%.¹

Em 2002 foi lançado um plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial aprovado pela portaria/GM Nº 16, de 03/01/2002, que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção a saúde, a vinculação de usuários a rede, a implementação de programas de educação permanente, com o objetivo de implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão; com garantia de acesso ao tratamento Clínico aos portadores dessa doença na rede básica de saúde, com participação nos processos de capacitação aos profissionais de saúde, implantações de ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis voltados para a melhoria e controle clínico desta doença.²

O enfermeiro como integrante principal da equipe de saúde, assume a responsabilidade de ações de cuidado, como promoção a saúde e prevenção de riscos e agravos dessa doença, no acompanhamento e controle da doença, mediante seu conhecimento científico e de seu papel de educador, com responsabilidade de preparar o portador da doença ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida. O objetivo geral deste artigo é descrever a participação do enfermeiro nas estratégias de educação em saúde, para adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, e demonstrar as melhores formas de tratamento da hipertensão arterial.³

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é consolidada com a participação do cliente de forma ativa no seu plano terapêutico, não se constituindo em mero cumpridor de recomendações; ao contrário, é visto como sujeito do processo, assumindo com os profissionais de saúde, a responsabilidade pelo seu tratamento.⁴

A não adesão ao tratamento tem atingido aproximadamente 50% dos pacientes e envolve aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais. A falta de controle da pressão arterial, mesmo em pacientes acompanhados em unidades de saúde, regularmente é frequente. Este fato tem contribuído para onerar os custos do Sistema de Saúde. No Brasil, ocorreram 150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais. As consequências da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial configuram-se como: aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, aposentadorias precoces por invalidez, internações, óbitos e comprometimento da qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.⁵

Método

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica da literatura, para a realização do estudo optou-se pelo levantamento de dados na biblioteca científica eletrônica online (SCIELO), SITES do ministério da saúde (MS) e departamento de hipertensão arterial da sociedade brasileira de cardiologia (SBC).^{4,5} Foram critérios de inclusão artigos publicados em língua portuguesa, entre os períodos de 2010 a 2018 e utilizou-se dos estudos, que atenderam a temática, e aos objetivos propostos e aos critérios adotados para a seleção, após levantamento.

Identificou-se 20 publicações de artigos, leitura de conteúdo do ministério da saúde, e sociedade brasileira de cardiologia, foram excluídos os artigos não disponíveis na

integra sobre o tema proposto pelo artigo científico, após leitura flutuante, selecionou-se 13 estudos, iniciando as leituras dos textos, fazendo uma síntese de cada artigo e caracterizando os tipos de adesão de tratamento fornecido pelos enfermeiros nas unidades básicas de saúde.

Para a elaboração da revisão bibliográfica foram estabelecidas as seguintes etapas: identificação do tema e definição do problema de pesquisa; estabelecimento de critério para inclusão e exclusão de dados; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e a categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos nesta revisão; a interpretação dos resultados e a apresentação das conclusões obtidas da revisão, isto é uma síntese apresentada de conhecimentos nos estudos inclusos neste artigo.

Resultados e discussão

Quanto ao cenário da pesquisa, constatamos a prioridade à atenção primária, uma vez que a maioria dos estudos (36%) ocorreu em Centros de Saúde da Família (CSF), (Figura 1) Em seguida, identificamos os estudos realizados em ambulatórios especializados a nível da atenção secundária, correspondendo a estudos (20%). Dois (7%) configuram-se como estudos reflexivos, não abordando, portanto, local de realização de coleta de dados. Recomenda-se que de 60 a 80% dos casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus sejam tratados na rede básica (11).

Dessa forma, entende-se ser extremamente importante a realização de pesquisas nesses cenários, locais férteis para ações de educação em saúde, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento deve ser um dos principais objetivos a serem implementados pela estratégia de saúde da família. Tal desenho organizativo atua como porta de entrada e propõe um novo modelo de atenção à saúde baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

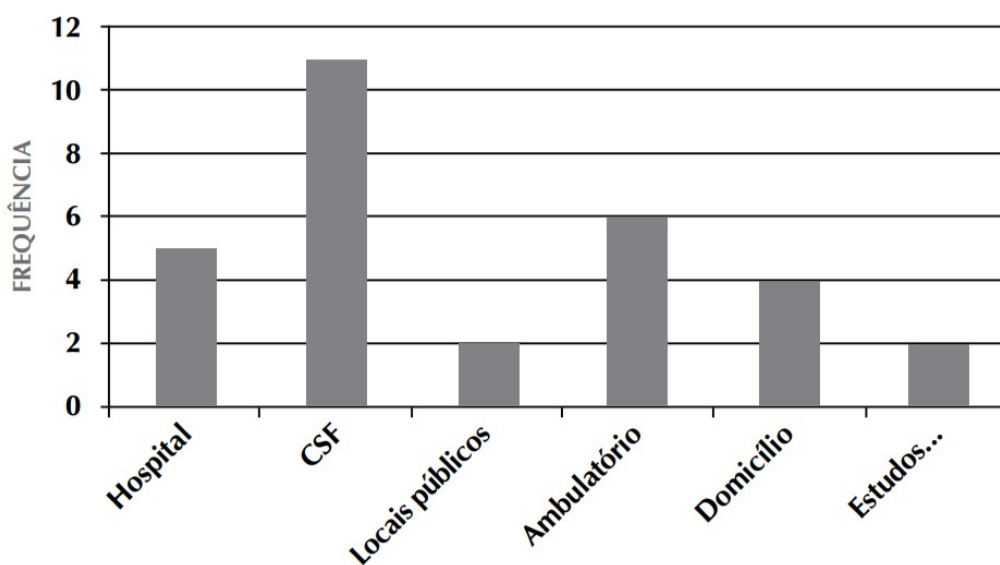


Figura 1 FONTE MINISTERIO DA SAÚDE

A temática da visita domiciliar, presente em quatro estudos, dá-se em sua maioria em um contexto de abordagem familiar. A família é um importante sistema de apoio, podendo servir de alicerce ao indivíduo em seu enfrentamento individual cotidiano. Por isso, apontamos a importância da interação enfermeiro-cliente-família.

A realização de atividades coletivas como grupos de autoajuda e de atividades físicas apresentam impactos positivos no tratamento, entretanto, tem sido pouco divulgada na produção científica de enfermagem.

Descrição das unidades e sub-unidades temáticas dos estudos sobre cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão.

UNIDADES TEMÁTICAS*	SUBUNIDADES TEMÁTICAS	f
Consultas	- Abordagem individual	17
	- Realização de anamnese e exame físico	2
	- Sistematização da assistência de enfermagem	16
Educação em saúde	- Individual no momento da consulta	10
	- Em grupo	7
Visitas domiciliares	- Abordagem individual	1
	- Abordagem familiar	3
Grupos de autoajuda	- Abordagem coletiva	1
Grupos de atividade física	- Abordagem coletiva	1

Figura 2 FONTE: MINISTERIO DA SAÚDE

Unidades temáticas

As unidades temáticas foram surgindo e sendo analisadas conforme as necessidades para o acompanhamento dos cuidados de enfermagem ao cliente com hipertensão.

- Qual a melhor abordagem de consulta conforme cada cliente, achados na anamnese implementação da sistematização da assistência de enfermagem
- A conduta em consulta de grupo;
- Visitas domiciliares;
- Abordagem coletiva.

Antecedentes da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Os artigos analisados apontaram vários fatores antecedentes da Adesão ao tratamento anti-hipertensivo que se podia relacionar ao paciente, dentre os quais alguns diziam respeito a variáveis sociodemográficas, outros ao conhecimento e crenças do paciente sobre a HAS, e outros ao apoio familiar e social. Com relação ao sexo, segundo alguns autores, as mulheres geralmente aderem mais ao tratamento, quando comparadas aos homens. enquanto 83% das mulheres seguiam a dieta hipossódica, apenas 17% dos homens haviam aderido a essa recomendação. Os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão. envolvendo pacientes hipertensos de um programa de unidade básica de saúde, verificou-se uma redução mais intensa da PA diastólica em indivíduos mais velhos. indivíduos com curso superior que se tratava era seis vezes maior que o número de indivíduos que não tinha ingressado na universidade e realizava tratamento anti-hipertensivo. verificaram que, nos pacientes hipertensos com maior nível de escolaridade, a adesão ao tratamento não medicamentoso era maior visto que, enquanto 46% dos hipertensos com formação de nível superior estavam dentro da faixa do peso normal, apenas 24% dos pacientes com nível educacional mais baixo estavam dentro dos padrões do peso recomendado, as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de

adesão. O estado civil foi outra variável sociodemográfica apontada como preditora da Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Quando comparados aos solteiros, os hipertensos casados apresentaram chance duas vezes maior de realizar o tratamento; no de enquanto 14% dos hipertensos casados fumavam, 34% dos solteiros ou divorciados não haviam conseguido abolir o vício. O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença constituem importantes antecedentes da Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Em se tratando da HAS, essa questão é bastante problemática pois, sendo essa doença, na maioria das vezes, assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento. Para quem a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão, ou para o abandono do tratamento.

Investigação teórica do processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Como resultado dos estudos realizados, foi elaborado um modelo teórico englobando os três elementos envolvidos na análise do conceito adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Levando em consideração os achados do estudo, compreende-se a “Adesão ao tratamento antihipertensivo” como um fenômeno que se evidencia pela participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada o atributo crítico do conceito, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

Através da participação ativa, o portador de hipertensão compartilha a responsabilidade pelo sucesso da terapêutica farmacológica e não farmacológica, ou seja, cumpre os pontos do regime de tratamento no que diz respeito ao uso correto dos medicamentos; comparece aos encontros agendados e monitora o plano terapêutico e seus resultados. Além disso, realiza modificações no estilo de vida, adotando efetivamente o regime dietético prescrito, praticando regularmente atividades físicas e monitorando o estresse. A análise realizada permitiu identificar uma evolução no significado do conceito Adesão ao tratamento anti-hipertensivo que, atualmente, não se limita ao mero cumprimento das recomendações médicas, mas demanda a participação ativa do paciente no tratamento.

Considera-se que, ao se tornar participante ativo do processo, o paciente aumenta as chances de incorporar em sua vida cotidiana os requisitos da terapêutica, tanto a medicamentosa quanto a não medicamentosa.

Considerações finais

A importância dos estudos científicos para a saúde e é sempre será de fundamental contribuição para os avanços como o tema aqui tratado, da relação a estratégia de educação em saúde, para a adesão ao tratamento de paciente hipertensos, nas unidades básicas de saúde, com menos uso de medicamentos e mais qualidade de vida, pois foi comprovado que com responsabilidade, comprometimento profissional e interação paciente, equipe de saúde e família pode se evitar e ter um bom tratamento desse mal que acomete muitas pessoas, principalmente para aquelas com problemas socioeconômico, vulnerabilidade e pré-disposição a ter a hipertensão.

Os objetivos aqui traçados foram satisfatoriamente esclarecidos, foi demonstrado a importância do profissional da saúde frente aos problemas encontrados

durante o tratamento com o paciente hipertenso e a suma importância o papel do profissional ao exercer a educação preventiva na intenção de evitar previamente a hipertensão e como melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Ficando patente que é necessário e de extrema necessidade investir em programas como a prevenção os cuidados a serem diariamente e corretamente exercidos pelos pacientes para evitarem de ter a hipertensão e com elas suas complicações, a demonstrativa do diferencial tratamento quando tem a participação ativa de todos os envolvidos.

Dessa forma, entende-se que a hipertensão é um problema de todos, não somente do paciente. É um dos caminhos para a prevenção e a educação que os profissionais de saúde passam para o público e a aceitação e colaboração dos mesmos. Assim é demonstrado que uma assistência diferenciada com prestação de um serviço de saúde mais eficiente, humanizado e com bons programas de saúde é mais eficiente a prevenção e seu tratamentos.

Referências

1. Síntese de evidências para políticas de saúde. *Avaliação de Tecnologias*. Tomas tarso santos, tereza romal setelet, carlos de dunis bortalit
2. Brasil Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002: Cria o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União*.)
3. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. Ygor costa Fernandes Araujo. Osvaldo carvalho almeida. Leonardo brasão munis.
4. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Mateus moura. David Doneias. Jorge Firmino bezerra.
5. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O mundo da saúde*. Yago costa Fernandes. Otavio coelho amalrin. Levide barbosa morais Eduardo viegas .
6. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial. Milena mafra toledo, Sandra de cassia rodrigues. Ana maria chiesa .
7. Revista eletrônica de enfermagem adesão ao tratamento não medicamentoso. Gilmora barboza da silva araujo. Tilma rimeiro loandro.
8. Cuidados de enfermagem ao cliente com hipertensão uma revisão bibliográfica revista brasileira de enfermagem. Denizell de Jesus Moreira moura.
9. Refletindo sobre pressuposto para o cuidado na educação em saúde de pessoas hipertensas. Claudia geovana da silva pires Fernanda carneiro musse.

10. Adesão ao cliente hipertensão ao tratamento análise com abordagem interdisciplinar. Zilia maria de Souza de araujo. Marna Albuquerque frota. Daniele morais cruz. Samanta daisy
11. A interação no ensino clínico de enfermagem reflexão no cuidado a pessoa com hipertensão arterial. Ana lima araujo. Gloria yandra Martins lidyane parente arruda.
12. Scielo saúde pública adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária a saúde. Daiana miggolara gildes. Vanessa adelena casali. Gabriela tossatti gelattil.
13. Protocolo de enfermagem volume 1 hipertensão, diabetes. Gorge ernesto sergio. Alessandra de queda.ana carolina suerna da silva
14. Portaria do ministério da saúde de 04 de março de 2002 N 371
15. Departamento de hipertensao arterial da saúde brasileira de cardiologia conselho e diretrizes
16. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica revisão integrativa da literatura. yasmim Fernandes costa. Ocione Cristina de araujo . lucas breno matias de almeida
17. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo uma análise conceitual. Gilmar barbosa da silva araujo. Tilma ribeiro Garcia
18. Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. Lausy oliveira Lopes. Elzera diniz de morais.

08. O DIREITO À SAÚDE, À EFETIVIDADE DO SERVIÇO E À QUALIDADE NO ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER¹

Me. Jonas Rodrigo Gonçalves²
Rayne da Conceição Costa³

Resumo

Objetivo: Compreender a situação em saúde da mulher, no Brasil, no que diz respeito à efetivação do direito à saúde com vistas ao que é assegurado nas Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da bibliografia, no período de 2014 a 2018, através de um levantamento em base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Lilacs e Google Acadêmico. **Resultados:** Os resultados encontrados sugerem que a implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher apresenta-se de forma insuficiente para a demanda e o suprimento das necessidades individuais de cada mulher é deficiente, principalmente se considerado o grupo étnico ao qual as mesmas estão inseridas. **Conclusão:** O estudo mostrou que embora a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher tenha potencial para ofertar um serviço em saúde de qualidade e com abordagem holística, alguns fatores como problemas estruturais e aspectos intrínsecos tanto dos profissionais responsáveis quanto da própria população acabam interferindo nessa oferta; portanto, recomenda-se definir boas práticas na elaboração, implementação e avaliação dos programas e fazer uma reavaliação daquilo que é compartilhado de modo que se identifiquem possíveis questões a serem melhoradas e colocadas em prática. Sugere-se melhor capacitação tanto dos profissionais quanto da própria população por meio da educação em saúde, e da quebra de tabus e preconceitos relacionados principalmente a elementos como a situação socioeconômica e o grupo étnico no qual estas mulheres estão inseridas.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Política pública. Serviços de saúde da mulher.

Abstract

Objective: To understand the situation in women's health in Brazil, with regard to the realization of the right to health with a view to what is ensured in the Public Policies of Integral Attention to Women's Health (PAISM), through the National Policy of Integral health care of Woman (PNAISM). **Methodology:** This is an integrative review of the bibliography, in the period 2014 to 2018, through a survey of electronic data from the Virtual Health library (BVS-bireme), *Scientific Electronic Library Online*

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisora linguística Roberta dos Anjos Matos Resende; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

² Bacharela em Enfermagem pela Universidade Paulista.

³ Bacharela em Enfermagem da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

(*Scielo*), Lilacs and Google scholar. **Results:** The results suggest that the implementation of the women's health care policies is insufficient for the demand and the supply of the individual needs of each woman is deficient, especially if considered the group Ethnic institutions to which they are inserted. **Conclusion:** The study showed that although the National Politic of Women's Health care has the potential to offer a service in quality health and with a holistic approach, some factors such as structural problems and intrinsic aspects of both professionals responsible and the population itself end up interfering with this offer. Therefore, it is recommended to define good practices in the elaboration, implementation and evaluation of the programs and to reassess what is shared in order to identify possible issues to be improved and put into practice. It is suggested a better qualification of both professionals and the population itself through health education, and the breakdown of taboos and prejudices related mainly to elements such as the socioeconomic situation and the ethnic group to which these women are inserted.

Keywords: Woman health. Public Policies. Women's Health services

Introdução

A atenção à saúde da mulher, bem como o atendimento à mulher pelo sistema de saúde na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo foi sempre reduzida. Em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil, e/ou limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, frequentemente de forma deficiente, revelando a necessidade de ampliação do conceito de saúde desta classe¹.

A situação da saúde no Brasil, de forma geral, sempre se apresentou de forma precária. Anteriormente à reforma sanitária, ocorrida nas décadas de 70 e 80, o sistema de saúde pública brasileiro era centralizado e apresentava-se insuficiente e mal distribuído. O enfrentamento por parte dos movimentos sociais da época, motivados pelo inconformismo e insatisfação com o sistema desempenhou papel importante nas mudanças e transformações que se seguiram².

A luta das mulheres pela conquista de visibilidade teve um importante papel, associada à ampliação do conceito de saúde, na década de 90 com a Lei nº 8.080 que naquela época significou grande marco para o sistema de saúde brasileiro ao instituir a "cidadania em saúde" por meio da inclusão social, conferiu participação na saúde em todos os níveis. Até a década de 70, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa³.

A criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1983, Resolução 123 do INAMPS, foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista. Irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher, e visando a incorporação dela como sujeito ativo no cuidado da sua saúde simbolizou acontecimento histórico nas políticas públicas. Neste cenário, a integralidade, um dos princípios fundamentais e ideológicos do SUS, passaria a ser vista como o resultado da atitude ética e técnica dos profissionais e da adequação da estrutura dos serviços de saúde, implicando a melhoria dos serviços prestados em especificidade à classe⁴.

A adoção dessa nova abordagem e o reconhecimento da fragilidade da mulher em vários aspectos, no meio social, possibilitaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher posteriormente em 2004. Tendo

como parâmetro dados epidemiológicos e reivindicações de diversos segmentos sociais referentes a questões femininas, essa política propõe em suas diretrizes atingir mulheres em todos os ciclos de vida, levando em conta as especificidades de cada grupo populacional nos quais estiverem inseridas⁵.

A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por sua vez foi antecedida pela criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) em 1º de janeiro de 2003 com o intuito de regimentar a formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. Nesse sentido, o Governo Federal deu um importante passo na promoção das mudanças necessárias para a melhor oferta em saúde com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, que simbolizou uma nova era na afirmação dos direitos da mulher, lá começou a institucionalização do Plano Nacional de Políticas Para as mulheres⁶.

O Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres portanto foi criado com o intuito de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens ao reconhecer o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas. Atua no combate a estas desigualdades sociais equilibrando-se entre quatro linhas de atuação consideradas mais importantes e urgentes, são elas: 1. Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; 2. Educação inclusiva e não sexista; 3. Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, norte deste estudo, e por último, 4. Enfrentamento a violência contra a mulher⁷.

Por ser um tema oriundo da 'Saúde', e por ter o na premissa de análise do cenário atual, em qualidade de oferta e serviço de saúde para a mulher com vistas aos direitos que lhe são asseverados por lei, neste estudo a tônica tratada será a 'Saúde da mulher', bem como seus direitos sexuais e reprodutivos", uma das linhas de atuação do Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres, porém com enfoque nos seguintes temas específicos, a morte materna e infantil, a saúde sexual e reprodutiva, o parto domiciliar em área rural, o crescimento da ocorrência de HIV, a saúde sexual de adolescentes e ações para grupos de mulheres específicos⁷.

Considerando os pontos supracitados e fazendo breve análise da condição atual da oferta de serviços à saúde da mulher, é identificável a relevância e a importância da existência de políticas públicas voltadas para este público, assim como investigar a forma como tais políticas estão implementadas, suas similaridade com o que é garantido por intermédio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e ainda verificar a suficiência da assistência prestada tendo como parâmetro o princípio da integralidade em saúde do SUS.

Dessa forma, a escolha do presente tema também firma o anseio de tecer melhores esclarecimentos a respeito das políticas de atenção à saúde da mulher vigentes no país, com o objetivo claro de compreender o alcance, a eficácia e os efeitos da implementação de políticas públicas específicas para as mulheres no cenário atual de saúde no Brasil.

Métodos

Este trabalho consiste em estudo explicativo de cunho bibliográfico realizado por revisão da literatura.

A revisão da literatura é compreendida como pesquisa na qual são empregadas diferentes metodologias, de forma que permita a sintetização dos resultados de diferentes estudos relacionados ao tópico de interesse.

O estudo bibliográfico é a revisão da literatura sobre as principais teorias que orientam o trabalho científico. Com ele são realizadas pesquisas em periódicos, livros, artigos científicos, sites da internet, entre outras fontes.

Os dados da presente pesquisa foram, portanto, coletados através de buscas em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde – Bireme, LILACS, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Google Acadêmico. Para a busca, foram utilizadas combinações entre as seguintes palavras-chave, considerando descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde): saúde da mulher, política pública e serviços de saúde da mulher.

Dois tabelas foram elaboradas, na primeira, figura 1 (anexo 1), é representado o fluxograma da estratégia adotada para a busca e inclusão dos artigos utilizados na elaboração deste estudo. Do mesmo modo como foram listadas as razões de exclusão de textos não inseridos; a figura 2 (anexo 2) corresponde à representação da quantidade de artigos conforme o ano de publicação.

Os artigos usados foram ajuntados e dispostos num quadro (quadro 1, anexo 3), no qual estão descritas informações gerais dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, culminando no total de 23 artigos, dos quais foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de comparação dos dados evidenciados na análise dos mesmos. Dentre os artigos utilizados estão pesquisas de revisão integrativa e/ou de literatura, bem como pesquisas de campo.

Os artigos de campo passaram por processo de análise e precisaram responder às seguintes exigências: estar de acordo com as normas e diretrizes para a pesquisa em seres humanos, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, respeitando as leis da Bioética enquanto pesquisa em saúde; ter submetido os indivíduos participantes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que acaba assegurando a seriedade, dando credibilidade à pesquisa, bem como a ciência dos participantes sobre a pesquisa que está sendo realizada e sua relevância.

Os critérios de inclusão estabelecidos abrangeram artigos originais disponibilizados na íntegra e na forma online, publicados na língua portuguesa, no período compreendido entre os anos de 2014 a 2018. Quanto aos critérios de exclusão, ficaram de fora artigos publicados antes de 2014 e que não correspondiam aos objetivos e temática do trabalho.

Resultados e Discussão

O direito à saúde para o público feminino é hoje considerado direito inerente à cidadania, sendo o Estado seu principal provedor, uma vez que é dele a responsabilidade de promover o bem-estar social e o carecimento de uma assistência de caráter integral, um atributo indispensável, uma vez que a mulher tem especificidade própria, assim como características e necessidades específicas, que não são apenas biológicas.

Desse modo, preservando os princípios supraditos e efetuando leitura minuciosa dos artigos, foi possível a identificação de variáveis que agrupadas em quatro categorias elencam quesitos pelos quais se fará possível entender e analisar a situação em saúde do público feminino, no que tange o direito à saúde e o direito a serem assistidas de forma integral, considerando suas especificidades e ciclos biológicos, são elas: a mulher nas políticas públicas e o direito à saúde; a saúde sexual e reprodutiva da mulher; a atenção à saúde das mulheres em situação de violência; e a atenção à saúde da mulher em grupos específicos.

A saúde da mulher nas políticas públicas e o direito à saúde

A criação de um sistema único de saúde (SUS) de caráter público e descentralizado, assente à Constituição Federal, que assegura os direitos básicos e fundamentais, como o direito à vida para o povo, sem distinções de qualquer espécie, significou um grande avanço para a situação da saúde no Brasil. A saúde passou a ser, além de um direito de todos, dever do Estado, ou seja, coube ao Estado prover condições favoráveis e necessárias para seu pleno exercício⁸.

Nesse cenário ocorreu a luta das mulheres por reconhecimento, igualitário exercício da cidadania e direitos civis. No Brasil, seu clímax se deu em meados da década de 80, simultaneamente à conquista do SUS. Ali surgia o sistema de saúde vivenciado hoje, devendo dispor de caráter universal e igualitário, de alcance em todo o território nacional, inclusive às mulheres, sendo certificadas sua eficiência, sua eficácia e sua efetividade⁹.

A Constituição Federal de 1988, nesse contexto, foi determinante no processo de valorização da mulher, e na realização de sua cidadania por meio de sua potencialização. Adjunta a outros acontecimentos, como a luta travada socialmente por mulheres ao longo da história, foi facilitadora da instauração das chamadas políticas públicas, nesse sentido, as específicas para mulheres principalmente⁹.

As políticas públicas surgiram intentando constituir uma das formas de interação e de diálogo entre o Estado e a sociedade civil, dado que a ele era facultada legitimidade ao prover à sociedade civil boas condições de vivência. Elas passariam a atuar visando responder a demandas, principalmente dos grupos sociais excluídos, dos setores marginalizados, esferas pouco organizadas e segmentos mais vulneráveis, na qual se encontram as mulheres. Ou seja, no contexto do direito, o acesso à saúde é garantido às mulheres por meio delas¹⁰.

Assim ocorreu a eclosão da Política nacional para as mulheres com o desígnio de confrontar as desigualdades enfrentadas pelas mulheres e regulamentar este enfrentamento. As políticas públicas para as mulheres são fundamentadas de modo que atendam holisticamente às necessidades da mulher, e tragam diretrizes não só de caráter social, mas também a respeito da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, fatores específicos e indispensáveis à oferta de saúde para este público¹¹.

Apesar de as mulheres serem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e de viverem mais do que os homens, estudos apontam que adoecem mais frequentemente, porque a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte mantém relação estreita com a situação de discriminação e fatores relacionados mais com a desigualdade social do que com fatores biológicos¹².

Fica claro que a situação de saúde não se detém apenas no binômio saúde-doença, mas engloba diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, moradia e renda, o lazer, a alimentação e até as condições de trabalho. Em outras palavras, a utilização e o acesso aos serviços de saúde estão intimamente relacionados com a condição social dos indivíduos, neste caso, mulheres¹³.

Visando assistência que atenda às especificidades próprias da mulher de forma holística, a PNAISM perpassa várias áreas da saúde da mulher. Faz parte dessas áreas de atuação, a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, com ênfase na redução da morte materna, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras e previsto em lei para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha; a promoção, conjuntamente com o PN-IST/AIDS/MS, da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis, da infecção pelo HIV/aids e Hepatites Virais nas mulheres; redução

da morbimortalidade por câncer na população feminina; implementação da saúde sexual e reprodutiva; implementação da saúde da mulher Idosa e o apoio na Implementação das ações no campo da Saúde no Programa Mulher Viver sem Violência¹¹.

Saúde sexual e reprodutiva

Dentro dessa divisão há diretrizes e intervenções que buscam garantir a redução da mortalidade materna e boas condições no pré e pós-parto, a redução das infecções por HIV e das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive entre as adolescentes, bem como em casos de câncer de colo do útero e de mama¹⁴.

Dentro dessa perspectiva, a APS (Atenção Primária) por meio da interdisciplinaridade da equipe é tida pela OMS como portadora de competências essenciais para a assistência sexual e reprodutiva da população feminina, sendo necessário investir em novas ações e na construção de novos conhecimentos para a equipe através de comunicação eficaz, e de respeito mútuo¹⁴.

Ainda com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, fica constatado que a mortalidade materna, que consiste na morte durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o final da gestação, tem como principais causas as hemorragias pós-parto, complicações relacionadas ao aborto inseguro, partos obstruídos, sepse e distúrbios hipertensivos¹⁵.

A morte de uma mulher grávida, no puerpério ou até mesmo no parto é indicativo de falha nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e por consequência, na sociedade como um todo. Neste seguimento, o nível dos números atuais referentes à mortalidade materna revela índices alarmantes, principalmente se comparado a outros países¹⁵.

Às diretrizes políticas é atribuída certa colaboração nestes altos índices por promoverem ações que por vezes não estão de acordo com a necessidade da população, aos profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento com o serviço que prestam a comunidade, e à sociedade, pela forma supressiva com que se acostumou a viver¹⁵.

Como proposição de melhoria aos altos índices de mortalidade, foi proposta a implantação de Comitês de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas pelo Ministério da Saúde, estratégia bastante promissora por permitir aos estados e municípios construir políticas mais eficazes de atenção à mulher no planejamento familiar, bem como durante a gravidez nos casos de aborto, no parto e no puerpério¹⁵.

A atenção obstétrica que representa fração significativa na saúde da mulher e compreende não só o processo do trabalho de parto em si, mas também o 'pré' e 'pós-parto', é direito fundamental à promoção de saúde da mulher e representa um passo indispensável para garantir uma maternidade com bem-estar e segura¹⁶.

Logo, a equipe de saúde precisa estar de preparo para acolher a parturiente, seu companheiro e os demais familiares, transmitindo confiança e criando um ambiente ótimo para a formação de vínculos, garantindo a observação dos direitos da mulher em ações de saúde. Entretanto, é observado que falta às mulheres ciência de tais direitos, e isto se deve muitas vezes à maneira como essas informações foram repassadas, o que por vezes acaba resultando em insegurança¹⁷.

Nesse sentido, outras ações voltadas para a saúde reprodutiva apresentam insuficiência ou inadequação quanto às necessidades das pacientes, o pré-natal é um exemplo claro. A UBS também demonstra possíveis deficiências estruturais de instituições responsáveis por fazer o acolhimento dessas mulheres, pois muitas vezes não está preparada para intervir em determinadas ocorrências de forma eficaz

durante a gravidez, para que favoreça um bom prognóstico materno diante das complicações¹⁸.

A falta de materiais e insumos como luvas, lâminas, foco ou fixadores é também problema recorrente que acaba por dificultar a promoção da saúde¹⁹.

Sobre a redução das infecções por HIV e das doenças sexualmente transmissíveis é comprovado que as políticas públicas necessitam dividir-se nas dimensões individual, social e programática, para que sejam abordadas de forma mais eficaz. A educação em saúde acaba sendo nesse contexto a melhor opção e a que tem mostrado melhores resultados para gerar mudanças no comportamento daqueles a quem é ofertada²⁰.

Referente aos cânceres de colo e útero e de mama, embora a situação em saúde do país tenha dado um salto após a implementação da Constituição em 1988 e do SUS na década de 90, as ações voltadas para estas patologias encontram-se em desenvolvimento, em processo de estruturação. Fatores como a baixa oferta de recursos associados à extensa dimensão territorial contribuem para a descontinuidade dessas ações em saúde²¹.

Quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento, estudos mostram que são completamente relativos, ou seja, não são acessíveis de forma igualitária à todas as mulheres. Estão intimamente relacionados com a região na qual a mulher reside, e ainda assim sofrem interferência de fatores como a condição social e a distância entre a residência e os serviços de saúde, por exemplo²².

Apesar de fatores como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, e a obesidade serem potencializadores do risco de manifestação de cânceres, e estarem relacionados primariamente ao estilo de vida a que as pessoas se submetem, é provado que para o controle dos cânceres de mama e colo é fundamental que existam ações não só no diagnóstico, mas na prevenção e promoção de saúde. Ou seja, torna possível aos serviços e profissionais de saúde a mediação entre a prevenção dessas doenças e a adoção de hábitos saudáveis por parte dos pacientes²³.

Em suma, a resolutividade desta questão fica atrelada ao enfoque do rastreamento e detecção precoces. Desta forma, a educação em saúde é colocada em foco mais uma vez, assim como a capacitação profissional e a normatização da assistência que atualmente é impossibilitada devido ao número elevado de indivíduos-alvo e a vasta extensão territorial do país, o que resulta em poucos recursos recebidos e na descontinuidade das ações em saúde pública²⁴.

Em todo o país poucas unidades de saúde apresentam processo de trabalho adequado para a promoção da saúde e para a detecção de patologias como o câncer de colo de útero. Ferindo deste modo o princípio da integralidade do cuidado em saúde e a qualidade da atenção²⁵.

A atenção à saúde das mulheres em situação de violência

A violência de gênero contra a mulher constitui significativo problema social e de saúde pública que atinge mulheres de todas as idades, de todas as classes sociais e até mesmo de diferentes ambientes culturais²⁶.

Dentro do seguimento de violências praticadas contra a mulher é prevalente a violência doméstica, que geralmente se deve ao modelo social no qual está inserida, o tradicional patriarcado. Entretanto, de forma geral, pode ser expressada nas formas física, sexual e psicológica, todas afetam a integridade biopsicossocial²⁷.

A violência contra a mulher traz consequências devastadoras e afeta a saúde de forma multilateral, colocando em xeque inclusive sua saúde mental, pois as

manifestações desta violência, sejam por meio de insultos verbais, maus tratos, discriminação, degradação e/ou humilhação, comprometem não só a autoestima feminina, mas também sua capacidade de reação²⁷.

Além de todo o pesar psicológico, a violência pode gerar na mulher sintomas físicos, como cefaleia, desconfortos na coluna cervical, náuseas frequentes, tonturas e picos hipertensivos. Ou seja, interfere diretamente em seu estado de saúde, privando sua integralidade²⁶.

Além das afecções citadas anteriormente, outras variáveis podem ser afetadas, como a redução da qualidade de vida, o corpo, o comprometimento do sentimento de satisfação com a vida, os relacionamentos interpessoais e a vida sexual²⁷.

Quanto ao enfrentamento, vários fatores podem estar relacionados ao não combate à violência contra a mulher, como por exemplo, o Estado que não atende às demandas das mulheres de forma suficiente devido ao carecer de suas políticas, de uma gestão eficiente, ou até a impossibilidade de acolhimento no serviço de saúde, fator que explicita mais uma modalidade de violação no exercício dos direitos²⁸.

No âmbito da saúde, a articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços serve como agravante da situação, uma vez que falta aos profissionais sensibilidade e estratégias necessárias ao enfrentamento dessas ocorrências²⁸.

A falta de conhecimento de órgãos que possam dar seguimento ao tratamento de mulheres vítimas de violência por parte dos profissionais é também um dificultador, bem como a falta de reconhecimento da gravidade dessas ocorrências que muitas vezes acabam não notificadas e por consequência não questionadas, contidas²⁹.

Para lidar com a violência contra a mulher dentro dos serviços de saúde é necessário que os profissionais compreendam este fenômeno e estejam munidos de conhecimento e saberes que percorram áreas além de sua atuação, cumprindo o princípio da intersetorialidade para enfrentar consequências, promovendo a visibilidade dos agravos e dialogando abertamente sobre a emancipação e o empoderamento das mulheres assistidas²⁹.

Além disso, é necessário entender que os serviços de saúde desempenham papel importante no reconhecimento dos casos de violência, principalmente as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, por representarem porta de entrada para a assistência em saúde e terem suas ações fundamentadas no estreitamento dos vínculos com os pacientes de forma a otimizar a oferta, além de constituírem o primeiro local procurado pelas mulheres vítimas de violência ou em situação de risco²⁹.

A atenção à saúde da mulher em grupos específicos

Apesar das políticas e ações de atenção à saúde da mulher, de forma geral, serem consideradas recentes e muitas vezes insuficientes e falhas, alguns grupos de mulheres acabam não sendo beneficiadas por elas, ou tendo acesso a uma cobertura parcial, unicamente por serem consideradas minorias³⁰. Mulheres idosas, afrodescendentes, indígenas, e até moradoras de áreas rurais fazem parte desse grupo.

Vários fatores podem estar atrelados a esta oferta deficiente de assistência, a discriminação é o principal deles e consiste em barreira primária ao acesso da

atenção à saúde de qualidade, pois desestimula mulheres a manter vínculo com uma unidade de saúde, por exemplo³⁰.

A discriminação é um quadro muito recorrente, principalmente às mulheres afrodescendentes e de origem indígena. Sua presença tem interferido diretamente na qualidade da assistência prestada, tornando-a inferior. Na prática, essas mulheres são muitas vezes submetidas a esperas mais longas, situações que lhes causam sentimentos de constrangimento, exclusão, humilhação, e resultam no afastamento das mesmas³⁰.

Às mulheres negras, a discriminação e o racismo são os principais dificultadores do acesso a saúde e responsáveis pelas faltas experimentadas em todo o âmbito social e em todas as fases de suas vidas³¹.

Às mulheres indígenas é reservada uma parcela muito pequena de atenção, por cultivarem hábitos e características muito particulares, como a língua³⁰. Ao mesmo tempo, sua cultura é uma barreira para a comunicação com os profissionais de saúde e para serem candidatas aos serviços de saúde, fator que evidencia a falta de adequação e de flexibilidade dos profissionais de saúde para lidar com essa população³².

Embora haja melhorias na assistência a esse povo, que pode ser evidenciada pelo aumento de partos cesáreos nessa população, incluindo o incentivo econômico disponibilizado aos serviços hospitalares para o tratamento dessa população, outros fatores como os altos índices de afecção por IST's (Infecções sexualmente transmissíveis), pouco acesso à informação e exames preventivos demonstram a desproporção na cobertura em saúde dessa população³¹.

Em resumo, as comunidades indígenas apresentam diferentes realidades sociais, isto porque as comunidades que residem próximas as áreas urbanas acabam sendo beneficiadas, se comparadas às que moram em regiões mais isoladas³¹.

Englobando toda a classe de mulheres, fatores como a escassez de recursos humanos, de recursos estruturais (equipamentos) ou de investimentos (a falta de medicação), adjuntos a fatores como o não cumprimento dos protocolos e a debilidade dos sistemas de encaminhamento comprometem a qualidade da atenção ofertada³⁰.

Na zona rural, as ações de saúde são limitadas à demanda espontânea do paciente. Em outras palavras, ações básicas como o planejamento para o desenvolvimento de frentes como a educação em saúde, os projetos terapêuticos programados, as ações comunitárias e até mesmo as visitas domiciliares são muitas vezes inexistentes³³.

Assim como acontece na assistência à saúde das mulheres, nesses grupos específicos e de minorias os aspectos socioeconômicos acabam gerando algum tipo de interferência e/ou interrupção no processo promoção de saúde, assim como o desconhecimento da importância de programas de atenção como pré-natal, imunização, puericultura, grupos de apoio e palestras pelas usuárias e a negligência dos profissionais de saúde³³.

Contribuindo com a deficiência no acesso à saúde, estudos realizados em áreas consideradas mais segregadas evidenciaram que os profissionais de saúde atuavam de modo fragmentado, logo a qualidade do atendimento era prejudicada assim como a efetividade do sistema³³.

Com relação às idosas, é certo que as orientações advindas dos profissionais de saúde são essenciais para que aprendam a lidar com as doenças e superar as limitações que a velhice impõe. No entanto, o estudo e os discursos apregoados

evidenciaram que essa conduta nem sempre é priorizada pelos profissionais nas consultas³⁴.

A desconsideração dos profissionais de sua importância, do poder de persuasão que têm, e da capacitação para promoção da saúde, sugerem uma assistência fragilizada³⁴.

Considerações Finais

Embora as mulheres sejam a maioria da população brasileira e mais presentes nas redes de saúde do que os homens, as políticas de saúde destinadas ao público feminino são consideravelmente recentes. Apesar disso, significaram um grande marco na atenção e promoção da saúde da mulher.

O abandono de uma abordagem voltada meramente ao papel reprodutivo da mulher e a adoção de um olhar mais apurado e inclusivo permitiram, após muitas reivindicações em movimentos sociais, a oferta de uma assistência mais completa, integral e holística às mulheres. Tendo suas características social, biológicas e específicas incorporadas em políticas públicas, passaram a ter cuidado especializado.

Com amparo legal baseado no direito à saúde e assistidas pelas diretrizes do SUS, a assistência e as ações de atenção à saúde da mulher tomaram novo rumo, agora considerando seu papel na sociedade, sua luta e fragilidades. Entretanto, apesar das mudanças e melhorias desse novo momento da saúde e da implementação de programas e ações específicas, ainda é possível notar algumas mazelas.

O estudo evidenciou que apesar de representarem uma excelente iniciativa, o alcance e a cobertura da população feminina total pelas políticas de atenção integral à saúde da mulher estão longe de serem efetivados. Isto acontece por diversos fatores, entre eles estão causas como a vulnerabilidade feminina, e a dificuldade de acesso tanto das pessoas marginalizadas quanto a própria iniciativa de atendimento em lugares mais distantes, como a zona rural.

Foram notados fatores como a falta de informação, o desconhecimento dos próprios direitos por parte das mulheres, o que pode sugerir, talvez uma deficiência na educação em saúde, a discriminação, o déficit de recursos e investimentos necessários, o despreparo de muitos profissionais para lidar com situações de risco iminente para as pacientes, bem como para adequar-se às peculiaridades de um determinado povo, entre outros.

Desse modo ficam evidenciadas, dentre muitos elementos, a necessidade e a importância da qualidade nas orientações e no preparo dos profissionais de saúde, que desempenham papel primordial na assistência, atuando como instrumentos educativos de potencialidade e promoção da saúde. O cuidado fornecido e a assistência prestada podem criar vínculo entre o serviço e o usuário, o que atende a um dos princípios fundamentais do acolhimento, a inclusão, que fomenta a universalidade do cuidado.

Conclui-se que definir boas práticas na elaboração, implementação e avaliação dos programas para promover a atenção não discriminatória e atender às necessidades das mulheres é um passo essencial na melhoria da oferta de assistência pelos serviços de saúde. A atuação dos profissionais de saúde dentro desse contexto é de extrema importância, uma vez que são de grande influência sobre a conduta dos pacientes de forma geral.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
2. Medeiros AM. Políticas públicas de saúde. Acesso em 9 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/ciência-politica/politicas-publicas/saude/>.
3. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estudos Feministas. 2009; 17(1): 296.
4. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. MSc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160.
5. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional para as mulheres. 2005.
7. Brasil. Secretaria Especial Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2005.
8. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília/DF, 2004.
11. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília/DF. 2003.
12. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, et al. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. Ciência & Saúde Coletiva. 2015: 441-448.
13. Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Claudius A, et al. Equidade na atenção primária à saúde da mulher: uma análise do Brasil e suas regiões. Revista Baiana de Saúde Pública. 2014; 38(2):243-265.
14. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(11):3481-3490.
15. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, et al. Mortalidade Materna. Rev. Med. Minas Gerais. 2015; 25(2): 173-179.

16. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Escola Anna Nery. 19(4) Out-Dez 2015.
17. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. Rev. Enferm UFSM 2015 jul./set.;5(3):521-530.
18. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. Rev. Bras. Promoç Saúde, Fortaleza, 28(1): 140-148, jan./mar., 2015.
19. Tomasi E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(3):e00195815.
20. Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. Rev. Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):324-9.
21. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães AMDN, Gois CF. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. Rev. Esc. Enferm USP 2014; 48(3):394-400.
22. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 185-191.
23. Arruda RL, Teles ED, Machado NS, Oliveira FJF, Fontoura IG, Ferreira AGN. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. Rev. Rene. 2015 mar-abr; 16(2):143-9.
24. Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil. Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):272-8.
25. Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (2): 171-180 abr. / jun., 2015.
26. Silva SA, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Dos Anjos UU. análise da violência doméstica na saúde das Mulheres. Journal of Human Growth and Development. 25(2): 182-186.
27. Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza e Souza LP, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan-fev. 2014;22(1):85-92.

28. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc. São Paulo*, 2014; 23(3):778-786.
29. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Rev. Esc Enferm USP*. 2017;51:e03207.
30. Castro A, Savage V, Kaufman H. Avaliação da atenção equitativa a mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):96–109.
31. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, 2016; 25(3): 535-549.
32. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, Schmitz MJM, Pagliaro H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, out./dez. 2014; 27(4): 445-454.
33. Brito Pitilin, E, Lentsck, MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]*. 2015;49(5):726-732.
34. Medeiros SG, Moraes FRR. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. 2015; 19(52):109-19.

Anexos

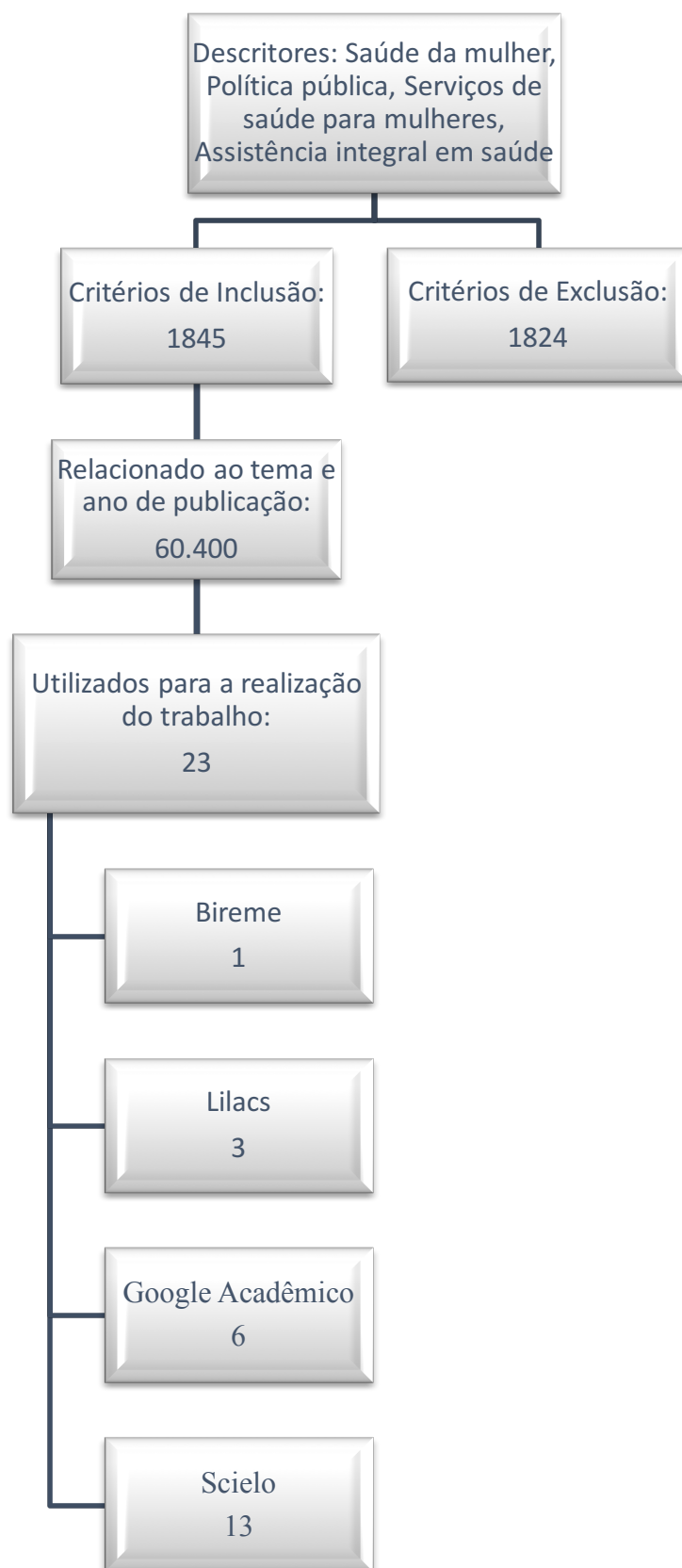


Figura 1 – Fluxograma detalhado do método aplicado na seleção dos artigos.

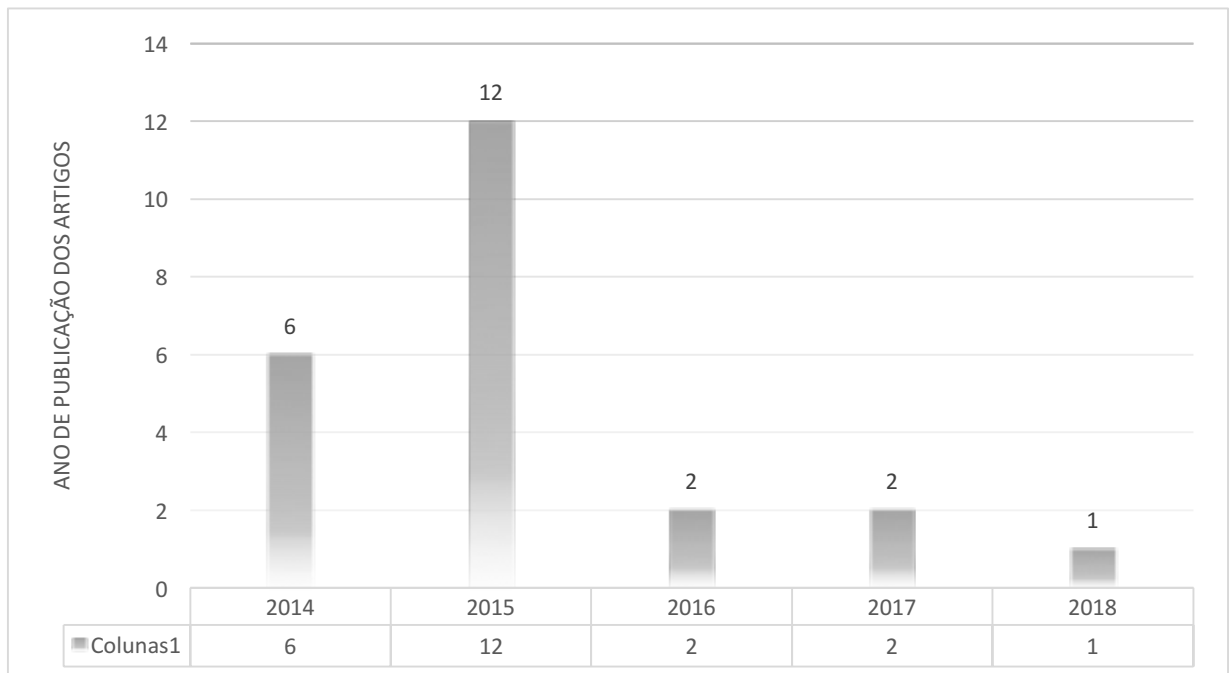


Figura 2 – Fluxograma detalhando a quantidade de artigos conforme o ano de publicação.

Quadro 1: Descrição geral dos artigos selecionados. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde ¹⁴ .	Telo SV, Witt RR.	Construir um referencial de competências transversais para a atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de especialistas.	Estudo exploratório-descritivo, de abordagem mista.	Os resultados corroboram conteúdos de competências preconizadas na literatura internacional e apresentam inovações para a prática. Por serem transversais, estas podem subsidiar o planejamento de ações das equipes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.	2018
Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdade	Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T.	Descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do	Estudo transversal exploratório e qualitativo.	Dentre a população da amostra, apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se	2017

s sociais ¹⁹ .		Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).		todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior. Assim, persistem desigualdades sociais e individuais que podem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes.	
Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede ²⁹ .	Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB et al.	Conhecer as concepções e ações dos profissionais de saúde sobre o cuidado de mulheres em situação de violência.	Estudo exploratório qualitativo, descritivo, realizado entre abril e julho de 2015 com a participação de 21 profissionais de saúde de quatro equipes de atenção primária à saúde em uma cidade da região do estado do Rio Grande do Sul.	Profissionais de saúde reconheceram a importância da rede de atenção à saúde para o enfrentamento da violência contra as mulheres. As concepções e ações de saúde dos profissionais, bem como a descoordenação ou ausência de integração entre os profissionais e serviços da rede de atenção, limitam o serviço.	2017
Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde ²² .	Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC	Estabelecer o tempo decorrido (em dias) entre a suspeita e o diagnóstico do câncer de mama, subdividindo os intervalos entre os eventos: consulta médica	Estudo descritivo e seccional.	Há necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para agilizar o acesso à assistência integral	2016

		na atenção básica; mamografia ou ultrassonografia; consulta médica especializada; biópsia; consulta médica para conclusão do diagnóstico.		às mulheres.	
Racismo institucional e saúde da população negra ³¹ .	Werneck J.	Subsidiar pesquisas e contribuir para a formulação e gestão de políticas públicas adequadas às necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras brasileiras.	Pesquisa qualitativa; revisão bibliográfica.	O cenário atual de saúde da mulher negra carece de uma atenção especial, até mesmo de políticas públicas específicas que atendam a essa população otimizando a oferta de serviço e atenção dada à classe que padece muito devido ao racismo e preconceitos enraizados e instalados institucionalmente na sociedade.	2016
A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico ¹⁶ .	Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, et al.	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seus direitos de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento	Pesquisa descritiva, exploratória, realizada com 56 mulheres nos alojamentos conjuntos de quatro maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvida em 2014.	Os resultados mostraram um problema recorrente para as mulheres, a peregrinação, que traz três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidado e dos sentimentos vivenciados pela busca de atendimento. Esses pontos estão interligados pela lógica do descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma	2015

				assistência de qualidade.	
Análise da violência doméstica na saúde das mulheres ²⁶ .	Silva SA, Lucena KDT, Deininger LSC, et al.	Investigar os agravos à saúde, resultantes da violência doméstica contra as mulheres	Estudo exploratório com abordagem qualitativa, no município de João Pessoa, envolvendo 406 mulheres. Discursos obtidos por meio de entrevistas e codificados conforme técnica de análise do discurso.	Os agravos causados a partir da violência doméstica nas mulheres que a sofrem perpassam os danos físicos, interferem na qualidade de vida delas e as oprimem.	2015
Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural ³³ .	Pitillin EB, Lentsck MH	Compreender a percepção das mulheres que vivem em uma área rural sobre as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do sul do Brasil.	Estudo descritivo de Abordagem qualitativa, realizada com mulheres que viviam no campo e necessitava m serviços de saúde nos 15 dias anteriores à coleta.	A qualidade do serviço oferecido está comprometida em oferecer tratamento fragmentado e desigual no contexto rural	2015
Avaliação da atenção equitativa a mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina ³⁰ .	Castro A, Savage V, Kaufman H.	Identificar e compreender as barreiras à atenção equitativa nos ambientes de atendimento de saúde com que as mulheres de minorias étnicas se deparam na América Latina e examinar as possíveis estratégias para a mitigação dos problemas.	Revisão bibliográfica.	A discriminação do prestador de serviços de saúde contra as mulheres indígenas e afrodescendentes é uma barreira primária ao acesso à assistência de saúde de qualidade na América Latina. Esse Obstáculo, portanto, impede a prestação de assistência clínica apropriada e	2015

				oportuna e provocam ainda o temor do constrangimento, maus-tratos ou tratamento ineficaz, que, além das barreiras financeiras, dissuadem as mulheres de buscar atendimento.	
Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ ²⁵ .	Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA et al.	Descrever e analisar a adequação da estrutura e processo das equipes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica no Brasil.	Estudo transversal randomizado .	A estrutura e o processo de trabalho para o rastreamento do câncer de colo uterino necessitam ser aprimoradas. As equipes de saúde carecem de maior qualificação das ações relacionadas a esta ação programática.	2015
Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo ²⁰ .	Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR.	Conhecer as vulnerabilidades que favoreceram a infecção pelo HIV em adolescentes e jovens do sexo feminino e verificar as dificuldades enfrentadas por essa população após o diagnóstico.	Estudo qualitativo.	Reduzir a feminização da Aids implica em ampliar e aprofundar o debate em torno da sexualidade e dos dilemas vivenciados por adolescentes a respeito desse assunto, de forma aberta, não preconceituosa e não normatizadora, nas escolas e cenários de convivência de jovens, além de fornecer orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis, com distribuição gratuita e desburocratizada de preservativos.	2015

<p>Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres¹².</p>	<p>Pitilin EB et al.</p>	<p>Analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) específicas em mulheres e os fatores que determinam ou influenciam a ocorrência dessas internações.</p>	<p>Estudo seccional.</p>	<p>Os resultados sugerem falhas no atendimento ambulatorial que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde da mulher.</p>	<p>2015</p>
<p>Mortalidade Materna¹⁵.</p>	<p>Dias JMG, Oliveira APS, Cipelotti R et al.</p>	<p>Analisar como a verificação inadequada das diretrizes de desenvolvimento de políticas destinadas a reduzir a mortalidade materna pode influenciar na saúde da população, sobretudo no que diz respeito às características de desenvolvimento econômico e da desigualdade social de cada região.</p>	<p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p>	<p>Refere-se falhas no atendimento ambulatorial que deveria ser oportuno e resolutivo no contexto da saúde da mulher.</p>	<p>2015</p>
<p>Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias³⁴.</p>	<p>Medeiros SG, Morais FRR.</p>	<p>Objetiva-se apreender os aspectos que interatuam na assistência à mulher idosa num município do Rio Grande do Norte, Brasil, a partir da perspectiva das usuárias.</p>	<p>Estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa.</p>	<p>A qualidade da atenção à mulher idosa requer trabalhadores capacitados; diminuição dos entraves burocráticos; ações e práticas articuladas e contínuas, contemplando anseios e expectativas da idosa.</p>	<p>2015</p>
<p>Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um</p>	<p>Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV et al.</p>	<p>Descrever e discutir a percepção de puérperas sobre a assistência da</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa.</p>	<p>O cuidado ofertado pela equipe de saúde no CPN é reconhecido positivamente pelas</p>	<p>2015</p>

centro de parto normal ¹⁷ .		equipe de saúde no Centro de Parto Normal (CPN).		puérperas, pois foi evidenciado em suas falas satisfação com a vivência e experiência adquirida no momento do parto, sendo beneficiadas pela utilização de práticas disponíveis nesse local, influenciando o seu bem-estar, fazendo com que se sentissem mais seguras e amparadas.	
Políticas de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil ²⁴ .	Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR.	Objetivou-se descrever as ações de saúde pública para o controle do câncer de mama no Brasil.	Revisão narrativa.	O tratamento do Câncer de mama passou a ser considerado no cenário da saúde pública a partir de 1984 e só em 1996 iniciou-se um programa específico para esse agravo. Evidenciou-se que houve um aumento considerável de intervenções públicas para o controle do câncer de mama a partir de 1998 e, que o direcionamento para as ações de rastreio e detecção precoce se deu a partir de 2004.	2015
Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde ²³ .	Arruda RL, Teles ED, Machado NS et al.	Descrever o perfil de mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde e identificar as atitudes relacionadas à detecção precoce do câncer de mama.	Estudo de cunho exploratório e descritivo.	Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de intervenções educativas efetivas direcionadas aos fatores de riscos e detecção precoce do câncer de mama nos serviços de saúde.	2015

<p>Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa¹⁸.</p>	<p>Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA, Silva RM.</p>	<p>Analisar evidências sobre a assistência pré-natal implementada na atenção básica, com foco na percepção de gestantes, puérperas e profissionais de saúde e na relação com as políticas públicas da saúde da mulher.</p>	<p>Estudo de revisão integrativa.</p>	<p>A assistência pré-natal eficaz favorece a diminuição dos índices de mortalidade materna, pois garante o acompanhamento da gestante e previne complicações no parto e puerpério.</p>	<p>2014</p>
<p>Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres²¹.</p>	<p>Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM et al.</p>	<p>Identificar as barreiras no acesso à atenção em saúde ao câncer de mama, percebidas por mulheres em tratamento quimioterápico.</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório. A amostra foi constituída por 58 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, cadastradas no ambulatório público de oncologia de Aracaju - Sergipe. A coleta dos dados foi realizada por entrevista semiestruturada.</p>	<p>Entre as entrevistadas 37 mulheres (63,8%) referiram ter, ao menos uma barreira, organizacional ou dos serviços de saúde, nas políticas públicas e/ou nos programas de controle do câncer de mama, na trajetória de cuidado ao câncer.</p>	<p>2014</p>
<p>Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral²⁸.</p>	<p>Menezes PRM, Lima IS, Correia CM et al.</p>	<p>Identificar elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher.</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.</p>	<p>Concluiu-se que articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços são elementos que interferem no enfrentamento da violência contra a mulher, além de manterem relação com o fortalecimento da rede de atenção a</p>	<p>2014</p>

				mulheres vítimas de violência. Por esse motivo, enaltece a necessidade de articulação intersetorial e de capacitação dos profissionais de saúde, inclusive para os encaminhamentos, a fim de que a mulher seja atendida de forma integral.	
Equidade na atenção primária à saúde da mulher: uma análise do Brasil e suas regiões ¹³ .	Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Barbosa ACQ.	Este estudo tem por objetivo mensurar a equidade na atenção primária à saúde da mulher a partir da avaliação de quatro marcadores de utilização de serviços: mamografia, exame preventivo de câncer de colo do útero, exame clínico de palpação de mamas e estado de saúde autodeclarado.	Análise de dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2008.	Apesar dos avanços para buscar melhorias na oferta de serviços de saúde dedicados à mulher, ainda pesa a necessidade de melhorar o acesso a serviços preventivos básicos	2014
Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida ²⁷ .	Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV et al.	Analisar as ocorrências e fatores associados à violência contra a mulher.	Estudo transversal, exploratório e analítico.	O estudo aponta para a necessidade de que programas de prevenção da violência contra a mulher sejam instituídos nos diversos setores da sociedade, permeando todo o ciclo de vida, de modo que a saúde da mulher seja preservada e ofertada integralmente.	2014

<p>Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas³².</p>	<p>Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, et al.</p>	<p>Conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas.</p>	<p>Estudo observacional, transversal e descritivo realizado em ambulatório de referência em saúde indígena.</p>	<p>Foram observadas condições de vulnerabilidade das mulheres indígenas a partir do seu perfil sexual e reprodutivo, com exposição às doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo do útero, bem como início precoce da vida sexual e pouco acesso à informação e prevenção.</p>	<p>2014</p>
--	---	--	---	--	-------------

09. VIVÊNCIA DO PRÉ-PARTO COMO DOULA E ACADÊMICA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Aridaia Ribeiro de Lima²
Mayara Cândida Pereira³
Iel Marciano de Moraes Filho⁴

Resumo

Objetivo: Relatar uma experiência vivenciada com a parturiente em seu pré-parto/pré-natal, descrever a relevância da Doula durante esta primeira fase do ciclo gravídico e identificar os fatores que contribuem para a redução da dor durante o trabalho de parto. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, a partir de vivência como acadêmica de enfermagem, realizando o trabalho da Doula junto a uma gestante de 34 anos, em sua primeira gestação. **Resultados:** Para fundamentar o estudo foram selecionados 10 artigos, completos e disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, publicados entre 2012 e 2018, em língua portuguesa. Para a busca foram utilizados os descritores “Doulas, Enfermagem obstétrica e Parto humanizado”, que constam nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), versão 2018. **Conclusão:** No decorrer da vivência foi possível observar reações bastante expressivas e satisfatórias frente a preparação para o parto. Foram orientadas e aplicadas técnicas de alívio da dor, através dos materiais disponibilizados pela gestante e pela Doula, destacando-se a bola obstétrica, o *sling*. Outras técnicas também foram ofertadas, sem a necessidade farmacológica, como também a massagem de conforto, técnicas de respiração e o apoio contínuo, trazendo segurança e conforto a parturiente. Essas técnicas encontram amplo apoio na literatura consultada sobre parto humanizado e trabalho da Doula.

Palavras chaves: Doula. Enfermagem obstétrica. Parto humanizado.

Abstract

Objective: Report an experience experienced with the parturient in her pre-partum/prenatal care. Describe the relevance of Doula during this first phase of the gravidic cycle and identify the factors contributing to pain reduction during labor. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach of the type of

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisora linguística Roberta dos Anjos Matos Resende; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Graduanda em enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP campus Brasília DF

³ Possui graduação em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso e de estágio supervisionado de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires, avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior.

⁴ Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Docente na Unip - Universidade Paulista nas áreas específicas da enfermagem e saúde pública. Preceptoria de estágio nas áreas de Saúde da mulher e saúde mental. Minhas áreas de pesquisa são principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde mental, atenção psicossocial, papel do profissional de enfermagem, reforma psiquiátrica e estresse ocupacional.

experience report from experience as a nursing academic, performing the work of Doula with a pregnant woman of 34 years, in her first pregnancy. **Results:** To substantiate the study, 10 articles were selected, complete and available in the Virtual Health Library, published between 2012 and 2018, in Portuguese. The descriptors "Doulas, obstetric nursing and humanized childbirth" were used for the search in the Health sciences descriptors (DECS), version 2018. **Conclusion:** During the experience, it was possible to observe very expressive and satisfactory reactions to the preparation for childbirth. Pain relief techniques were oriented and applied through the materials provided by the pregnant woman and Doula, highlighting the obstetric ball, the sling. Other techniques were also offered, without the pharmacological necessity, but also the comfort massage, breathing techniques and continuous support, bringing safety and comfort to the parturient. These techniques are widely supported in the literature consulted on humanized childbirth and the work of Doula.

Keywords: Doula. Obstetric nursing. Humanized childbirth.

Introdução

O nascimento de uma criança é uma experiência única e emocionante para a mulher, mesmo que ela já tenha outros filhos. Esse momento é de grande valia e exprime um grande significado de trocas de caráter, compartilhamento amoroso, afeição e caracteriza grandes mudanças, que permeiam não só o aspecto biológico, mais também em termos culturais, sociais e econômicos. A medicalização do parto, no entanto, fez com que estes momentos se transformassem num procedimento técnico, onde a mulher perdeu o protagonismo e a oportunidade de vivenciar um momento único. Isto se caracteriza pela falta de esclarecimento das vantagens e desvantagens de cada modelo de parto, inferindo no discernimento da parturiente, através do desconhecimento dos seus direitos, como o de ter o acompanhante da família ou pessoa habilitada em obstetrícia, como é o caso da Doula.⁽¹⁾

Com o propósito de garantir e incentivar o processo de humanização do nascimento nas maternidades brasileiras, os órgãos responsáveis têm publicado nos últimos anos diversas portarias e manuais de orientação. Isto impulsionou um movimento nacional que busca repensar o modelo de parto vigente no Brasil, resgatando elementos de humanização e o uso de práticas integrativas e complementares. No entanto, no trabalho das Doulas evidencia-se a emergência de um novo tipo de organização dos saberes e práticas sobre o parto, demarcando outra área do saber profissional, comprometida com as necessidades das mulheres no seu processo gestacional.⁽²⁾

A palavra Doula tem origem grega e significa "mulher que serve". Hoje, refere-se ao profissional que oferece suporte emocional à mulher em todas as fases do período gravídico, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, pré e pós-natais e aleitamento materno.⁽³⁾

Desta forma, o estabelecimento do vínculo entre a mulher e a equipe de saúde é uma das funções primordiais da Doula, de forma que ela possa manifestar suas necessidades e desejos, num contexto de segurança emocional, devido à oferta de informações sobre o parto e nascimento, e também proporciona o acesso às técnicas, manuais de massagens e de relaxamento, como as aplicações quentes, através de banhos mornos. Desta forma, a mulher se sente mais satisfeita com o desenrolar de seu período de parto, proporcionando um momento único e humanizado.⁽⁴⁾

A Doula não substitui a presença do acompanhante, representado geralmente por alguém da família, visto que o suporte oferecido por ela se baseia em evidências científicas e também proporciona suporte emocional ao acompanhante, de forma que o mesmo possa experienciar o parto tanto quanto a parturiente.⁽³⁾

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal recomenda a presença da Doula no parto no âmbito das boas práticas em saúde e também considera que o suporte oferecido por ela pode diminuir a violência obstétrica, que muitas vezes é caracterizada em diversos partos normais no âmbito dos sistemas de saúde, sejam públicos ou privados. Nesse aspecto, a sua contribuição é relevante para a discussão do modelo de atenção obstétrica vigente nos sistemas de saúde, no sentido de humanizar.⁽⁵⁾

Nesse sentido, o presente estudo buscou relatar uma experiência vivenciada com a parturiente em seu pré-parto/pré-natal, descrever a relevância da Doula durante esta primeira fase do ciclo gravídico e identificar os fatores que contribuem para a redução da dor durante o trabalho de parto.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado pela discente do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Privada (IES), a qual descreve uma vivência da mesma durante o estágio curricular obrigatório, participando de uma fase de pré-parto como Doula e acadêmica de enfermagem.

O cenário deste estudo foi a residência da gestante primigesta, localizada em uma região administrativa do Distrito Federal, entre os meses de julho e setembro de 2018. Foram realizadas três visitas, sendo que cada encontro tinha duração aproximada de duas horas. Os mesmos tinham finalidade de orientá-la acerca do trabalho de parto, expor métodos não farmacológicos para o alívio da dor, realizar práticas de posicionamentos para o parto, sugerir a confecção do plano de parto e, o mais importante, sanar as dúvidas e imprimir tranquilidade.

O primeiro encontro com a gestante ocorreu em julho de 2018, quando a mesma apresentava idade gestacional (IG) de treze semanas. Durante a visita a própria se exibia bem confortável, relatou desejo de ter parto normal com presença de Doula e expôs o desejo de vivenciar essa experiência. Sua gestação não era planejada, mas foi bem aceita.

O segundo encontro aconteceu em sua residência, em agosto de 2018, quando a gestante estava com IG dezoito semanas e demonstrava confiança e felicidade. Foi questionada sobre sua expectativa em relação ao parto, a escolha do médico obstetra e o local do parto. Foi sugerida a confecção do plano de parto, um documento elaborado pela gestante onde descreve todos os seus desejos médicos e hospitalares em relação ao seu trabalho de parto, parto, nos cuidados com recém-nascido e no pós-parto imediato. Aproveitou-se também para responder algumas dúvidas da gestante.

O terceiro encontro aconteceu em setembro de 2018, quando a gestante apresentava IG 22 semanas. Neste dia a gestante se apresentava esclarecida e certa de seu desejo, sendo que a cada encontro ela estava mais confiante e feliz. Desta forma este último encontro foi utilizado para praticar as possíveis posições para o parto, orientando-se quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, experienciando o exercício na bola obstétrica. A gestante alegou que lhe proporcionou bem-estar e conforto.

Levando em consideração os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, a presente temática foi autorizada previamente pela parturiente, com isso o presente estudo respeitou as normas recomendadas pela resolução no 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultado e discussão

Essa experiência pôde proporcionar os momentos que a gestante vivencia no seu período de gestação ea livre vontade da escolha sobre a participação de uma Doula neste processo.

Na atualidade, o cuidado ao parto diferencia-se do passado, quando era realizado somente na residência das parturientes e acompanhado por parteiras, mulheres que tinham seu conhecimento baseado em vivências empíricas durante o período de pré-parto, parto e pós-parto. A medicalização do parto tornou as mulheres submissas, perdendo sua autonomia diante das vivências proporcionadas por esse grande momento.⁽¹⁾

Diante disso, as enfermeiras obstétricas oferecem um modelo humanizado para o parto. O atendimento e a formação dessas profissionais têm como objetivo respeitar os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do trabalho de parto, juntamente com a presença da Doula, que proporciona um acompanhamento humanista e emocionalmente eficaz, de forma que a mulher exerça o seu protagonismo.⁽⁷⁾

A presença das Doulas no ambiente hospitalar, acompanhando a gestante em todo o ciclo gravídico, é reconhecida pelo Ministério da Saúde como componente da humanização do parto, no contexto da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Alternativa e Complementar (MAC). A função foi regulamentada em 2006, por meio da Portaria nº 971, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).⁽²⁾

Em Brasília, no Distrito Federal, foi criada em 23 de junho de 2015, a Associação das Doulas do Distrito Federal (ADDF). Conforme o CBO 3.221-35, é uma ocupação reconhecida pelo governo federal. Em 21 de junho de 2016, a ADDF participou do lançamento do Portal do Voluntariado, onde as profissionais atuam como Doulas em todas as maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal. Essa participação destaca a importância da Doula em todo o período gravídico da mulher, trazendo o apoio físico e emocional de que elas necessitam.⁽⁸⁾

As Doulas exercem a humanização no cuidado às mulheres, de modo que, por intermédio dessa atenção, passam a contribuir positivamente para a redução do número de cesarianas desnecessárias e, conseqüentemente, para a preservação da saúde mãe/bebê. Afinal, sabe-se que a cesárea eletiva (muitas vezes sem indicação adequada) contribui para o aumento dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.⁽⁹⁾

A experiência vivenciada pela acadêmica de enfermagem permitiu observar a relevância da Doula no processo pré-parto, quando a gestante é preparada para o momento do parto com segurança e profissionalismo, por meio de técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Foram apresentados à gestante exercícios com a bola de parto, massagens e técnicas de respiração, trazendo o empoderamento a esta mulher.

O uso destas técnicas só foi difundido no Brasil na década de 1990, mas tem se revelado de extrema importância para a mudança da mentalidade sobre o parto. Afinal, o parto humanizado é aquele que favorece o processo fisiológico e que também

respeita as crenças, a cultura e a vontade da mulher, informando-a sobre sua evolução no processo da parturição, tornando-a mais confiante.⁽¹⁰⁾

Outrossim, foi possível observar, no acompanhamento da gestante no seu dia a dia, o empoderamento e a confiança durante as atividades proporcionadas por meio dos exercícios de alívio da dor, operante pelo uso da bola de parto e pelas orientações. Esses métodos favorecem a evolução do trabalho de parto e proporcionam bem-estar, trazendo conforto à parturiente. Assim, a gestante esteve preparada e confiante para a próxima etapa, que era o parto.

Nesse relato, a acadêmica de enfermagem, que também é Doula, acompanhou a gestante durante a gestação, preparando-a para vivenciar um parto sem medo, respeitoso, com métodos não farmacológicos que proporcionam conforto e preconiza a humanização nesse momento único e tão especial. Esse primeiro contato com a mulher, meses antes do parto, torna-se um alicerce emocional e físico, trazendo assim segurança e autonomia para ela, que se entrega para o parto de forma a vivenciar um dos momentos mais especiais de sua vida.

Durante os exercícios para alívio da dor ofertados para a gestante destacou-se o uso da bola obstétrica que permite à mulher ter liberdade de mudar de posição de apoio do seu peso, bem como apoiar a região pélvica, para maior conforto durante o trabalho de parto. Além da mudança de posição, a bola pode facilitar a descida fetal, nos casos em que o trabalho de parto não está progredindo adequadamente.⁽¹¹⁾

O uso de métodos não farmacológicos pautados na humanização do atendimento é pouco adotado pelos profissionais médicos. As mulheres quando referem dor forte normalmente são submetidas a analgesia, que muitas vezes atrasa a cérvico-dilatação. A Doula pode evitar que a analgesia seja feita proporcionando o alívio da dor sem a intervenção. O resultado está relacionado à satisfação da mulher e logo nos melhores resultados obstétricos.⁽¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾

Cabe ressaltar que o uso da bola obstétrica é de grande importância, não só para o alívio do desconforto das mulheres, mas também para a interação do acompanhante e, logo, na sua inserção no processo do cuidado. Assim como o banho de aspersão na banheira que proporciona conforto e induz o trabalho de parto, a cadeira de parto também auxilia, pois proporciona uma visão da melhor posição que possibilitará o trabalho de parto. Com o uso desses métodos a Doula tem a oportunidade de auxiliar a parturiente, transmitindo segurança e apoio nesse momento. Deve-se lembrar que a alteração no estado emocional da mulher poderá comprometer os cuidados futuros ao recém-nascido. Portanto, esse primeiro contato da gestante com a Doula, na preparação para o parto, é de fundamental relevância.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Estar junto da Doula e de seu acompanhante proporciona à mulher o apoio que ela necessita e isso se torna gratificante, principalmente para a acadêmica de enfermagem que vivenciou essa experiência, oportunizando entender o quanto as mulheres necessitam de apoio no ciclo gravídico-puerperal.

Sendo assim, é importante repensar o parto, de modo a oferecer às mulheres um atendimento humanizado. Além disso, o profissional que atende as gestantes e parturientes deve pensar em métodos que possam proporcionar conforto e cuidado, além de restabelecer à mulher o seu protagonismo.

Conclusão

O presente estudo oportunizou a consolidação entre teoria e prática da acadêmica de enfermagem, vivenciando o trabalho da Doula na preparação para um

parto ativo e respeitoso, compreendendo a sua importância no contexto do parto humanizado.

Entende-se que o suporte oferecido pela Doula pode diminuir o uso de analgesia e a liberação da ocitocina, abrandando assim o índice de cesarianas desnecessárias, ajudando as enfermeiras obstétricas a desenvolverem melhor suas atividades.

A presença da Doula proporciona apoio contínuo emocional e físico durante o trabalho de parto e nascimento. Além disso, percebeu-se que o atendimento humanizado oferecido pela Doula deve ser buscado pelos profissionais, a fim de que se possa modificar rotinas que hoje prejudicam e causam sofrimento a muitas mulheres e seus familiares.

Referências

1. Teles JM, Bonilha ALL. Observação em coleta de dados na área de enfermagem obstétrica: relato de experiência. Rev UFSM 2012; 2(1):198-204. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3005/3151>.
2. Silva RM, Jorge HMF, Matsue RY, Ferreira Júnior AR, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). Rev Saúde Soc São Paulo 2016; 25(1): 108-20. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00108.pdf>.
3. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, Sampaio J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Rev Saúde Debate 2018; 42(117):420-429. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0420.pdf>.
4. Costa MGF, Santos RO, Hino P, Santos JO. Apoio emocional oferecido às parturientes: opinião das Doulas. RevEnferm Atenção à Saúde - REAS 2013; 2(3):18-31. [acesso 17 abr 2019]. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/465/430>.
5. Souza LC, Souza OS. Participação das Doulas junto às grávidas e parturientes. Ac Dig São Lucas, 7 dez 2018. [acesso 17 abr 2019]. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2916>.
6. Alencar H. Relatório de observação naturalística. Rio de Janeiro: Estácio-EAD, 2017. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/48872802/trabalho-completo-metodo-observacao-naturalistica>.
7. Gois ACF, Inagaki ADM, Ribeiro CJN. Implementação da prática humanizada no alívio da dor durante o trabalho de parto. RevEnfermObstét2016; 3:1-7. [acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/52/35>.

8. Verdélio A. Associação de Doulas é criada no Distrito Federal. ADDF 22 jun. 2015. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <https://associacaodedoulasdf.wordpress.com/>.
9. Alves CC, Cavalcante MMB, Sampaio ACC, Aragão HL, Oliveira EN, Teixeira MA. Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: relato de experiência. SANARERevPolPúb 2015; 14(2):70-4. [acesso 25 abr 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/870/530>.
10. Medeiros J, Hamad GBZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. RevEspaço para a Saúde 2015; 16(2):37-44. [acesso 30 abr 2019]. Disponível em: <http://www.arquivos.info.ufrn.br/arquivos/.../20717-100220-1-PB.pdf>.
11. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. RevActa Paul Enferm 2013; 26(5):478-84. [acesso 29 abr 2019]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307029420012>.
12. Oliveira LMN, Cruz AGC. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. RevBrasCiênc Saúde 2014; 18(2):175-180. [acesso 23 abr 2019]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16698/12924>.
13. Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. RevCient Sena Aires 2018; 7(1):38-47. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <http://www.revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/download/302/212>.
14. Félix KC, Almeida RJ. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. ReprodClimat 2016; 31(2):105-111. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <https://enfermagem.sbrh.org.br/wp-content/uploads/2017/09/pesrpectivas.pdf>.
15. Moraes-Filho IM, Barreto DPO, Santos OP, Félix KC, Santos CCT, Oliveira ACD. A eficácia da implementação do partograma na assistência a parturiente. RevInicCientExt 2018; 1(Esp. 3):288-93. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/99>.

09. VIVÊNCIA DO PRÉ-PARTO COMO DOULA E ACADÊMICA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Aridaia Ribeiro de Lima²
Me. Mayara Cândida Pereira³
Me. Iel Marciano de Moraes Filho⁴

Resumo

Objetivo: Relatar uma experiência vivenciada com a parturiente em seu pré-parto/pré-natal, descrever a relevância da Doula durante esta primeira fase do ciclo gravídico e identificar os fatores que contribuem para a redução da dor durante o trabalho de parto. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, a partir de vivência como acadêmica de enfermagem, realizando o trabalho da Doula junto a uma gestante de 34 anos, em sua primeira gestação. **Resultados:** Para fundamentar o estudo foram selecionados 10 artigos, completos e disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, publicados entre 2012 e 2018, em língua portuguesa. Para a busca foram utilizados os descritores “Doulas, Enfermagem obstétrica e Parto humanizado”, que constam nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), versão 2018. **Conclusão:** No decorrer da vivência foi possível observar reações bastante expressivas e satisfatórias frente a preparação para o parto. Foram orientadas e aplicadas técnicas de alívio da dor, através dos materiais disponibilizados pela gestante e pela Doula, destacando-se a bola obstétrica, o *sling*. Outras técnicas também foram ofertadas, sem a necessidade farmacológica, como também a massagem de conforto, técnicas de respiração e o apoio contínuo, trazendo segurança e conforto a parturiente. Essas técnicas encontram amplo apoio na literatura consultada sobre parto humanizado e trabalho da Doula.

Palavras chaves: Doula. Enfermagem obstétrica. Parto humanizado.

Abstract

Objective: Report an experience experienced with the parturient in her pre-partum/prenatal care. Describe the relevance of Doula during this first phase of the gravidic cycle and identify the factors contributing to pain reduction during labor. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach of the type of

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Graduanda em enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP campus Brasília DF

³ Possui graduação em Enfermagem pela Anhanguera Educacional - Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso e de estágio supervisionado de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP campus Brasília - DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires, avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior.

⁴ Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2016). Mestre em Ciências Ambientais e saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017). Docente na Unip - Universidade Paulista nas áreas específicas da enfermagem e saúde pública. Preceptoria de estágio nas áreas de Saúde da mulher e saúde mental. Minhas áreas de pesquisa são principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde mental, atenção psicossocial, papel do profissional de enfermagem, reforma psiquiátrica e estresse ocupacional.

experience report from experience as a nursing academic, performing the work of Doula with a pregnant woman of 34 years, in her first pregnancy. **Results:** To substantiate the study, 10 articles were selected, complete and available in the Virtual Health Library, published between 2012 and 2018, in Portuguese. The descriptors "Doulas, obstetric nursing and humanized childbirth" were used for the search in the Health sciences descriptors (DECS), version 2018. **Conclusion:** During the experience, it was possible to observe very expressive and satisfactory reactions to the preparation for childbirth. Pain relief techniques were oriented and applied through the materials provided by the pregnant woman and Doula, highlighting the obstetric ball, the sling. Other techniques were also offered, without the pharmacological necessity, but also the comfort massage, breathing techniques and continuous support, bringing safety and comfort to the parturient. These techniques are widely supported in the literature consulted on humanized childbirth and the work of Doula.

Keywords: Doula. Obstetric nursing. Humanized childbirth.

Introdução

O nascimento de uma criança é uma experiência única e emocionante para a mulher, mesmo que ela já tenha outros filhos. Esse momento é de grande valia e exprime um grande significado de trocas de caráter, compartilhamento amoroso, afeição e caracteriza grandes mudanças, que permeiam não só o aspecto biológico, mais também em termos culturais, sociais e econômicos. A medicalização do parto, no entanto, fez com que estes momentos se transformassem num procedimento técnico, onde a mulher perdeu o protagonismo e a oportunidade de vivenciar um momento único. Isto se caracteriza pela falta de esclarecimento das vantagens e desvantagens de cada modelo de parto, inferindo no discernimento da parturiente, através do desconhecimento dos seus direitos, como o de ter o acompanhante da família ou pessoa habilitada em obstetrícia, como é o caso da Doula.⁽¹⁾

Com o propósito de garantir e incentivar o processo de humanização do nascimento nas maternidades brasileiras, os órgãos responsáveis têm publicado nos últimos anos diversas portarias e manuais de orientação. Isto impulsionou um movimento nacional que busca repensar o modelo de parto vigente no Brasil, resgatando elementos de humanização e o uso de práticas integrativas e complementares. No entanto, no trabalho das Doulas evidencia-se a emergência de um novo tipo de organização dos saberes e práticas sobre o parto, demarcando outra área do saber profissional, comprometida com as necessidades das mulheres no seu processo gestacional.⁽²⁾

A palavra Doula tem origem grega e significa "mulher que serve". Hoje, refere-se ao profissional que oferece suporte emocional à mulher em todas as fases do período gravídico, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, pré e pós-natais e aleitamento materno.⁽³⁾

Desta forma, o estabelecimento do vínculo entre a mulher e a equipe de saúde é uma das funções primordiais da Doula, de forma que ela possa manifestar suas necessidades e desejos, num contexto de segurança emocional, devido à oferta de informações sobre o parto e nascimento, e também proporciona o acesso às técnicas, manuais de massagens e de relaxamento, como as aplicações quentes, através de banhos mornos. Desta forma, a mulher se sente mais satisfeita com o desenrolar de seu período de parto, proporcionando um momento único e humanizado.⁽⁴⁾

A Doula não substitui a presença do acompanhante, representado geralmente por alguém da família, visto que o suporte oferecido por ela se baseia em evidências científicas e também proporciona suporte emocional ao acompanhante, de forma que o mesmo possa experienciar o parto tanto quanto a parturiente.⁽³⁾

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal recomenda a presença da Doula no parto no âmbito das boas práticas em saúde e também considera que o suporte oferecido por ela pode diminuir a violência obstétrica, que muitas vezes é caracterizada em diversos partos normais no âmbito dos sistemas de saúde, sejam públicos ou privados. Nesse aspecto, a sua contribuição é relevante para a discussão do modelo de atenção obstétrica vigente nos sistemas de saúde, no sentido de humanizar.⁽⁵⁾

Nesse sentido, o presente estudo buscou relatar uma experiência vivenciada com a parturiente em seu pré-parto/pré-natal, descrever a relevância da Doula durante esta primeira fase do ciclo gravídico e identificar os fatores que contribuem para a redução da dor durante o trabalho de parto.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado pela discente do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Privada (IES), a qual descreve uma vivência da mesma durante o estágio curricular obrigatório, participando de uma fase de pré-parto como Doula e acadêmica de enfermagem.

O cenário deste estudo foi a residência da gestante primigesta, localizada em uma região administrativa do Distrito Federal, entre os meses de julho e setembro de 2018. Foram realizadas três visitas, sendo que cada encontro tinha duração aproximada de duas horas. Os mesmos tinham finalidade de orientá-la acerca do trabalho de parto, expor métodos não farmacológicos para o alívio da dor, realizar práticas de posicionamentos para o parto, sugerir a confecção do plano de parto e, o mais importante, sanar as dúvidas e imprimir tranquilidade.

O primeiro encontro com a gestante ocorreu em julho de 2018, quando a mesma apresentava idade gestacional (IG) de treze semanas. Durante a visita a própria se exibia bem confortável, relatou desejo de ter parto normal com presença de Doula e expôs o desejo de vivenciar essa experiência. Sua gestação não era planejada, mas foi bem aceita.

O segundo encontro aconteceu em sua residência, em agosto de 2018, quando a gestante estava com IG dezoito semanas e demonstrava confiança e felicidade. Foi questionada sobre sua expectativa em relação ao parto, a escolha do médico obstetra e o local do parto. Foi sugerida a confecção do plano de parto, um documento elaborado pela gestante onde descreve todos os seus desejos médicos e hospitalares em relação ao seu trabalho de parto, parto, nos cuidados com recém-nascido e no pós-parto imediato. Aproveitou-se também para responder algumas dúvidas da gestante.

O terceiro encontro aconteceu em setembro de 2018, quando a gestante apresentava IG 22 semanas. Neste dia a gestante se apresentava esclarecida e certa de seu desejo, sendo que a cada encontro ela estava mais confiante e feliz. Desta forma este último encontro foi utilizado para praticar as possíveis posições para o parto, orientando-se quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, experienciando o exercício na bola obstétrica. A gestante alegou que lhe proporcionou bem-estar e conforto.

Levando em consideração os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, a presente temática foi autorizada previamente pela parturiente, com isso o presente estudo respeitou as normas recomendadas pela resolução no 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultado e discussão

Essa experiência pôde proporcionar os momentos que a gestante vivencia no seu período de gestação ea livre vontade da escolha sobre a participação de uma Doula neste processo.

Na atualidade, o cuidado ao parto diferencia-se do passado, quando era realizado somente na residência das parturientes e acompanhado por parteiras, mulheres que tinham seu conhecimento baseado em vivências empíricas durante o período de pré-parto, parto e pós-parto. A medicalização do parto tornou as mulheres submissas, perdendo sua autonomia diante das vivências proporcionadas por esse grande momento.⁽¹⁾

Diante disso, as enfermeiras obstétricas oferecem um modelo humanizado para o parto. O atendimento e a formação dessas profissionais têm como objetivo respeitar os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do trabalho de parto, juntamente com a presença da Doula, que proporciona um acompanhamento humanista e emocionalmente eficaz, de forma que a mulher exerça o seu protagonismo.⁽⁷⁾

A presença das Doulas no ambiente hospitalar, acompanhando a gestante em todo o ciclo gravídico, é reconhecida pelo Ministério da Saúde como componente da humanização do parto, no contexto da Medicina Tradicional (MT) e da Medicina Alternativa e Complementar (MAC). A função foi regulamentada em 2006, por meio da Portaria nº 971, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).⁽²⁾

Em Brasília, no Distrito Federal, foi criada em 23 de junho de 2015, a Associação das Doulas do Distrito Federal (ADDF). Conforme o CBO 3.221-35, é uma ocupação reconhecida pelo governo federal. Em 21 de junho de 2016, a ADDF participou do lançamento do Portal do Voluntariado, onde as profissionais atuam como Doulas em todas as maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal. Essa participação destaca a importância da Doula em todo o período gravídico da mulher, trazendo o apoio físico e emocional de que elas necessitam.⁽⁸⁾

As Doulas exercem a humanização no cuidado às mulheres, de modo que, por intermédio dessa atenção, passam a contribuir positivamente para a redução do número de cesarianas desnecessárias e, conseqüentemente, para a preservação da saúde mãe/bebê. Afinal, sabe-se que a cesárea eletiva (muitas vezes sem indicação adequada) contribui para o aumento dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.⁽⁹⁾

A experiência vivenciada pela acadêmica de enfermagem permitiu observar a relevância da Doula no processo pré-parto, quando a gestante é preparada para o momento do parto com segurança e profissionalismo, por meio de técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Foram apresentados à gestante exercícios com a bola de parto, massagens e técnicas de respiração, trazendo o empoderamento a esta mulher.

O uso destas técnicas só foi difundido no Brasil na década de 1990, mas tem se revelado de extrema importância para a mudança da mentalidade sobre o parto. Afinal, o parto humanizado é aquele que favorece o processo fisiológico e que também

respeita as crenças, a cultura e a vontade da mulher, informando-a sobre sua evolução no processo da parturição, tornando-a mais confiante.⁽¹⁰⁾

Outrossim, foi possível observar, no acompanhamento da gestante no seu dia a dia, o empoderamento e a confiança durante as atividades proporcionadas por meio dos exercícios de alívio da dor, operante pelo uso da bola de parto e pelas orientações. Esses métodos favorecem a evolução do trabalho de parto e proporcionam bem-estar, trazendo conforto à parturiente. Assim, a gestante esteve preparada e confiante para a próxima etapa, que era o parto.

Nesse relato, a acadêmica de enfermagem, que também é Doula, acompanhou a gestante durante a gestação, preparando-a para vivenciar um parto sem medo, respeitoso, com métodos não farmacológicos que proporcionam conforto e preconiza a humanização nesse momento único e tão especial. Esse primeiro contato com a mulher, meses antes do parto, torna-se um alicerce emocional e físico, trazendo assim segurança e autonomia para ela, que se entrega para o parto de forma a vivenciar um dos momentos mais especiais de sua vida.

Durante os exercícios para alívio da dor ofertados para a gestante destacou-se o uso da bola obstétrica que permite à mulher ter liberdade de mudar de posição de apoio do seu peso, bem como apoiar a região pélvica, para maior conforto durante o trabalho de parto. Além da mudança de posição, a bola pode facilitar a descida fetal, nos casos em que o trabalho de parto não está progredindo adequadamente.⁽¹¹⁾

O uso de métodos não farmacológicos pautados na humanização do atendimento é pouco adotado pelos profissionais médicos. As mulheres quando referem dor forte normalmente são submetidas a analgesia, que muitas vezes atrasa a cérvico-dilatação. A Doula pode evitar que a analgesia seja feita proporcionando o alívio da dor sem a intervenção. O resultado está relacionado à satisfação da mulher e logo nos melhores resultados obstétricos.⁽¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾

Cabe ressaltar que o uso da bola obstétrica é de grande importância, não só para o alívio do desconforto das mulheres, mas também para a interação do acompanhante e, logo, na sua inserção no processo do cuidado. Assim como o banho de aspersão na banheira que proporciona conforto e induz o trabalho de parto, a cadeira de parto também auxilia, pois proporciona uma visão da melhor posição que possibilitará o trabalho de parto. Com o uso desses métodos a Doula tem a oportunidade de auxiliar a parturiente, transmitindo segurança e apoio nesse momento. Deve-se lembrar que a alteração no estado emocional da mulher poderá comprometer os cuidados futuros ao recém-nascido. Portanto, esse primeiro contato da gestante com a Doula, na preparação para o parto, é de fundamental relevância.⁽¹²⁻¹⁵⁾

Estar junto da Doula e de seu acompanhante proporciona à mulher o apoio que ela necessita e isso se torna gratificante, principalmente para a acadêmica de enfermagem que vivenciou essa experiência, oportunizando entender o quanto as mulheres necessitam de apoio no ciclo gravídico-puerperal.

Sendo assim, é importante repensar o parto, de modo a oferecer às mulheres um atendimento humanizado. Além disso, o profissional que atende as gestantes e parturientes deve pensar em métodos que possam proporcionar conforto e cuidado, além de restabelecer à mulher o seu protagonismo.

Conclusão

O presente estudo oportunizou a consolidação entre teoria e prática da acadêmica de enfermagem, vivenciando o trabalho da Doula na preparação para um

parto ativo e respeitoso, compreendendo a sua importância no contexto do parto humanizado.

Entende-se que o suporte oferecido pela Doula pode diminuir o uso de analgesia e a liberação da ocitocina, abrandando assim o índice de cesarianas desnecessárias, ajudando as enfermeiras obstétricas a desenvolverem melhor suas atividades.

A presença da Doula proporciona apoio contínuo emocional e físico durante o trabalho de parto e nascimento. Além disso, percebeu-se que o atendimento humanizado oferecido pela Doula deve ser buscado pelos profissionais, a fim de que se possa modificar rotinas que hoje prejudicam e causam sofrimento a muitas mulheres e seus familiares.

Referências

1. Teles JM, Bonilha ALL. Observação em coleta de dados na área de enfermagem obstétrica: relato de experiência. Rev UFSM 2012; 2(1):198-204. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3005/3151>.
2. Silva RM, Jorge HMF, Matsue RY, Ferreira Júnior AR, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). Rev Saúde Soc São Paulo 2016; 25(1): 108-20. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00108.pdf>.
3. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, Sampaio J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Rev Saúde Debate 2018; 42(117):420-429. [acesso 15 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0420.pdf>.
4. Costa MGF, Santos RO, Hino P, Santos JO. Apoio emocional oferecido às parturientes: opinião das Doulas. RevEnferm Atenção à Saúde - REAS 2013; 2(3):18-31. [acesso 17 abr 2019]. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/465/430>.
5. Souza LC, Souza OS. Participação das Doulas junto às grávidas e parturientes. Ac Dig São Lucas, 7 dez 2018. [acesso 17 abr 2019]. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2916>.
6. Alencar H. Relatório de observação naturalística. Rio de Janeiro: Estácio-EAD, 2017. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/48872802/trabalho-completo-metodo-observacao-naturalistica>.
7. Gois ACF, Inagaki ADM, Ribeiro CJN. Implementação da prática humanizada no alívio da dor durante o trabalho de parto. RevEnfermObstét2016; 3:1-7. [acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/52/35>.

8. Verdélio A. Associação de Doulas é criada no Distrito Federal. ADDF 22 jun. 2015. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <https://associacaodedoulasdf.wordpress.com/>.
9. Alves CC, Cavalcante MMB, Sampaio ACC, Aragão HL, Oliveira EN, Teixeira MA. Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: relato de experiência. SANARERevPolPúb 2015; 14(2):70-4. [acesso 25 abr 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/870/530>.
10. Medeiros J, Hamad GBZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. RevEspaço para a Saúde 2015; 16(2):37-44. [acesso 30 abr 2019]. Disponível em: <http://www.arquivos.info.ufrn.br/arquivos/.../20717-100220-1-PB.pdf>.
11. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. RevActa Paul Enferm 2013; 26(5):478-84. [acesso 29 abr 2019]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307029420012>.
12. Oliveira LMN, Cruz AGC. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. RevBrasCiênc Saúde 2014; 18(2):175-180. [acesso 23 abr 2019]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16698/12924>.
13. Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. RevCient Sena Aires 2018; 7(1):38-47. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <http://www.revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/download/302/212>.
14. Félix KC, Almeida RJ. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. ReprodClimat 2016; 31(2):105-111. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <https://enfermagem.sbrh.org.br/wp-content/uploads/2017/09/perspectivas.pdf>.
15. Moraes-Filho IM, Barreto DPO, Santos OP, Félix KC, Santos CCT, Oliveira ACD. A eficácia da implementação do partograma na assistência a parturiente. RevInicCientExt 2018; 1(Esp. 3):288-93. [acesso 2 jun 2019]. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/99>.

10. INDICADOR DE CONTAMINAÇÃO FECAL ALIMENTAR E PREVENÇÃO DE DOENÇAS¹

*Thiago Henrique Noronha*²

*Denniz Garcia Vieira*³

*Esp. Erci Gaspar da Silva Andrade*⁴

*Me. Walquiria Lene dos Santos*⁵

Resumo

O presente artigo investiga os achados com relação ao indicador de contaminação fecal alimentar e prevenção de doenças, com o sentido de dar importância as causas que estão em recorrência na área de saúde, sanitária e biológica. Com o demonstrativo dos estudos sobre micro-organismo e indicador *Escherichia coli*, os achados assintomáticos seus respectivos modos de contrai-los as diferenciadas formas de tratamento e o diagnóstico, as consequência subjacentes e agravos decorrentes dos tratamentos ineficazes. As apresentações da contaminação fecal alimentar as medidas de prevenção relacionadas aos *E. coli*. Quando o diagnóstico de *E. coli* é feito entende-se que as *E. coli* afetar órgãos e/ou sistemas após saírem do intestino, mais tem se seus lados de convergências pois as *E. coli* também contribui para o funcionamento digestivo no sentido de absorção de nutrientes e em sua maioria são inofensivas Este trabalho será baseado em um levantamento bibliográfico da literatura científica, incluindo artigos originais e artigos de revisão, além da pesquisa em livros, que tratam dos aspectos mais importantes de *Escherichia coli* como patógeno predominante na infecção dos alimentos por contaminação fecal. Para produção dos resultados e discussão, foram investigados uma média de 19 publicações baseados no estudo, E tem como objetivo abordar os principais aspectos que envolvem a *Escherichia coli* como principal agente etiológico causador da infecção alimentar fecal, identificar levantamento dos conhecimentos adquiridos cientificamente sobre a *E. Coli*.

Palavras-chave: investigação. Diagnóstico. tratamento e prevenção por contaminação fecal alimentar.

Abstract

This paper investigates the findings regarding the fecal food contamination indicator and disease prevention, with the purpose of giving importance to the causes that are in recurrence in the health, sanitary and biological area. With the demonstration of the studies on microorganism and ascertaining their respective modes of contracting them, the differentiated forms of treatment and the diagnosis, the underlying consequence and the aggravations resulting from ineffective treatments. The presentations of fecal contamination feed the prevention measures related to *E. coli*. When the diagnosis of *E. coli* is done, it is understood that *E. coli* affect organs and / or systems after they leave the intestine, but their sides have convergence since *E. coli* also contributes to digestive functioning in the sense of absorption of nutrients and are mostly harmless

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

³ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires

⁴ Docente da FACESA, Graduada em Pedagogia, Especialização em Língua Brasileira de Sinais, Gestão Administrativa em Pedagogia Hospital e Neuropsicopedagogia

⁵ Docente da FACESA, Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás

Key words: investigation. diagnosis. treatment and prevention by food fecal contamination.

Introdução

A pesquisa em questão, almeja esboçar o artigo de revisão o qual abordara um tema extremamente recorrente na área da saúde sanitária e biologia, porque por mais que se tenha especulado esse fenômeno, ainda não se esgotou o assunto; trata-se do estudo sobre o micro-organismo indicador *Escherichia coli*, e como tema, *Escherichia coli*: indicador de contaminação fecal alimentar.¹

O referido patógeno pertence a uma classe bacteriana micro-orgânica a qual se instala nos organismos, especificamente, no intestino do ser humano ou animal, que traz como sintomas, disfunções ou anomalias no funcionamento, tais como: evacuações frequentes e líquidas com sangue ou muco [diarreia]; dores estomacais intensas; vômitos; febres leves; gastroenterite breve [refluxos], mas que, porém, se não tratados adequadamente, em casos extremos, pode levar a lesões renais permanentes.²

Segundo alguns estudos dessa patologia, o seu grupo específico bacteriológico compõem-se em cinco categorias que podem ser classificadas da seguintes maneira: enterohemorrágica (EHEC); enterotoxigênica (ETEC); enteropatogênica (EPEC); enteroinvasiva ou enteroinvasora (EIEC) e enteroagregativa (EA_ggEC). E cada uma dessas categorias de agentes patógenos tem suas especificidades relacionadas aos sintomas acometidos pelos infectados, principalmente em crianças, gestantes, idosos e com pacientes com doenças autoimunes ou baixa imunidade.³

A transmissão ocorre normalmente por meio da água, de alimentos contaminados ou por contato direto com as fezes de uma pessoa já com contaminação. No caso de contaminação via urina, proximidade do reto com o órgão genital feminino, porém, a maior incidência de causas são vias orais, no consumo de águas contaminadas, sem tratamento, carnes mal cozidas e vegetais ou frutas mal esterilizados ou lavados e laticínios, leites e queijos sem a devida pasteurização.⁴

As doenças relacionadas aos *E. Coli* mais comuns, quando saem do intestino, afetam os seguintes órgãos ou sistemas: intestino; apêndice [gastroenterite; apendicite]; sistema urinário, rins, uretra e bexiga [pielonefrite consequente da infecção urinária, cistite, insuficiência renal, septicemia]; inflamação da membrana na cavidade abdominal [peritonite]; sistema nervoso de neonatos [meningite]; e no sistema sanguíneo [púrpura Trombocitopenia e síndrome hemolítico-urêmica]. Apesar de que normalmente as *E. Coli* até contribui para o funcionamento digestivo no sentido de absorção dos nutrientes, as quais em sua maioria são inofensivas.⁵

No entanto, é bem comum a presença de infecção da *E. Coli* nos seres humanos, principalmente entre as gestantes via uretra a qual provoca ardência e súbita vontade em urinar, sendo recomendados exames periódicos com acompanhamento na fase do pré-natalício, que ao ser verificado deve ser tratado com muito líquido e sais para reidratação, para eliminação das bactérias via urinária, além de antibióticos específicos prescritos por médico especializado quando for o caso.⁶

Porém, a prevenção é a melhor solução para o combate à *E. Coli*, com medidas simples de higienização diária e hábitos cotidianos tais como: lavar as mãos sempre ao usar o banheiro e os sanitários; lavar as mãos durante o preparo e antes do consumo das refeições; higienização e esterilização dos alimentos antes de serem consumidos, principalmente crus [verduras, frutas, legumes etc.]; consumir leites e

derivados após pasteurização; evitar ingerir água de piscina, lagos, rios, córregos ou praia e de origem desconhecida.⁷

Diante do exposto, o trabalho será propor a investigar os principais fatores de risco que levam à contaminação e prováveis manifestações de doenças, desde uma simples e aparente infecção até complicações mais graves, levando-se em consideração a ineficiência dos antibióticos da atualidade e evolução das superbactérias, o que pode ser um risco para o futuro a médio ou a longo prazo.⁷

Este estudo possui o objetivo de averiguar o sistema de saúde pública brasileira e suas políticas de prevenção na área rural e urbana no sentido de se indicar vetores que possam contribuir para minimizar o fenômeno da contaminação e assim sugerir parâmetros que viabilizem diminuir os gastos e quiçá erradicar ou dirimir os índices de contaminação. Enfim, criar metas e proposições hipotéticas que venham a contribuir para os estudos científicos na área da saúde, principalmente para a enfermagem que trabalha e lida especificamente com os tratamentos preventivos seja no âmbito hospitalar, seja nas questões de saúde pública em geral.

MÉTODO

Foi realizado um levantamento bibliográfico da literatura científica, incluindo artigos originais e artigos de revisão, abordando também a pesquisa em livros, que tratam dos aspectos mais importantes de *Escherichia coli* como patógeno predominante na infecção dos alimentos por contaminação fecal.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a uma bibliografia publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre o tema aqui abordado, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações.

O presente estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, pesquisando artigos científicos que abordassem a temática em biblioteca virtual BIREME e BVS, nos bancos de dados SCIELO, PUBMED e LILACS. Sendo que a coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2018.

Adotando como critério de inclusão utilizou-se artigos que descrevam sobre temas relativos à bactéria *Escherichia coli* e sua relação com a contaminação alimentar fecal. Para tanto, os artigos pesquisados compreendem o período de 2008 a 2018. Optando-se pela a busca das publicações, os seguintes descritores: Alimentos; Doenças; *Escherichia coli*; Infecção.

Já como critérios de exclusão utilizados foram artigos que, apesar de falar sobre *E. Coli*, não possuem enfoque na importância do tema relacionado ao tema e nos artigos que não foram publicados em sites e revistas especializados.

Os resultados foram surgindo a partir da coleta de dados, inclusos em artigos científicos que abordassem a temática em questão na biblioteca virtual BIREME E BVS, nos bancos de dados SCIELO, PUBMED e LILACS. Os artigos utilizados na pesquisa foram de 2008 a 2018. Utilizou-se para a busca das publicações, os seguintes descritores: Investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção por contaminação fecal alimentar.

Resultados e discussão

Para produção dos resultados e discussão, foram investigados uma média de 19 publicações entre artigos, livros e jornais, baseados nos seguintes descritores: Investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção por contaminação fecal alimentar. Que após analisadas, criteriosamente, as leituras e respectivos resumos, adotou-se o uso, na maioria dos casos, a utilização das citações indiretas e paráfrases.

As unidades temáticas foram surgindo e sendo construídas a partir de questões instigadoras para a criação do problema e pelas ideias dos objetivos específicos, bem como da investigação das hipóteses que foram surgindo, tais como: Se as condições sanitárias brasileiras em relação à E. Coli são confiáveis e estão dentro de um nível mundialmente aceito; Se há apoio do Estado; Se os indicadores traz mais benefícios do que prejuízos para garantir a saúde da população; Se os estudos dos coliformes fecais são suficientemente eficazes; Se a existência de condição da água e dos alimentos que são utilizados não trazerem riscos de uma epidemia de E. Coli; Se de alguma forma o E. Coli pode ser utilizado para agregar melhorias das condições da saúde; Se há possibilidade de erradicação ou prevenção de infecções de outros órgãos; Se há campanhas de eficiência de higienização e prevenção de doenças provocadas pelo E. Coli; Se uma campanha de erradicação contribui para minimização de custos com tratamentos e remédios; Se a erradicação pode contribuir com o fluxo significativo para evitar as lotações em hospitais e postos de saúde públicos.

Investigações teóricas sobre contaminação fecal alimentar

A bactéria E. Coli, geralmente, assume a forma de bacilos, é classificada como sendo Gram-negativa, aloja-se no intestino na parte inferior onde encontra ambiente ideal para metabolizar [atividade anaeróbica facultativa e fermentadora de açúcar], devido aos fatores endodérmicos, não possui esporos e sim lisa, bacilar; normalmente são inofensivas comensais [podem ajudar na flora intestinal], mas também podem ser patogênicas ou sorotipos causadores de intoxicações e de infecções.

Tais bactérias são relacionadas como micro-organismos indicadores os quais pertencem aos grupos que acusam a validade de alguns tipos de alimentos na diminuição da vida útil entre outras questões como a de exteriorização. Assim como eles são essenciais na aferição do grau de poluentes das águas por resíduos fecais humanos e de animais para fazer-se exames laboratoriais comparativos. Normalmente, são utilizados os de origem humana e animal, especificamente os homeotérmicos não patogênicos.⁸

Geralmente, os indicadores utilizados são os de índice de coliformes totais, específicos para analisar os condicionamentos de higiene e o volume de coliformes fecais em suas condições de deficiência sanitária pelo fato do E. coli ser um microbiota exclusivo para indicar a contaminação fecal e por constituir a flora do organismo humano em seu trato entérico em suas relações comensais que por um lado é essencial para a sobrevivência do homem; e por outro, por assumir a característica patogênica no sentido de mensurar o grau de virulência.⁹

Geralmente, os indicadores utilizados são os de índice de coliformes totais, específicos para analisar os condicionamentos de higiene e o volume de coliformes fecais em suas condições de deficiência sanitária pelo fato do E. coli ser um microbiota exclusivo para indicar a contaminação fecal e por constituir a flora do organismo humano em seu trato entérico em suas relações comensais que por um lado é essencial para a sobrevivência do homem; e por outro, por assumir a característica patogênica no sentido de mensurar o grau de virulência.¹⁰

Dessa forma, é fato notório e empírico que desde o início da história da humanidade uma das principais fontes de contaminação é por via alimentar seja pelos alimentos, seja pela água que consumimos. São chamadas comumente de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). Sendo que tais doenças são problemas transversais de saúde pública, provocadas por agentes etiológicos patogênicos, aqui no caso o E. Coli, os quais estão presentes em quaisquer países do mundo, principalmente nos em processo de subdesenvolvimento e em fase de desenvolvimento como o Brasil.¹¹

Faz-se imperativo saber também que não somente os alimentos são os principais meios, bem como a água contaminada, e a necessidade de se obter água potável, livre de contaminações, uma vez que a população cresce desproporcionalmente aos investimento em infraestrutura para conservação da saúde pública, facilmente verificável nas populações de rios [em suas bacias hidrográficas] e mares, o que pode comprometer a qualidade da água potável em função do alto grau de material fecal, além do consumo de alimentos marinhos contaminados, como os peixes.¹²

Tabela 1 – Número e percentual de amostras de água das fontes (poços e nascentes), reservatórios e de consumo humano foda dos padrões microbiológicos de potabilidade estabelecidos pela Portaria nº 1469 de 29/12/2001. do Ministério de saúde, durante os períodos de ocorrência de chuva e de estiagem.¹³

Período	Fonte		Reservatór ios		Consumo humano	
	N	%	N	%	N	%
Chuva 27		90,0	27	90,0	29	96,7
		83,3	29	96,7	27	90,0
Estiagem 25						

Fonte: Ministério da Saúde 2013

Em princípio, tais contaminações, na maioria dos casos, são inofensivas; por outro lado, quando há infecções, aparecem sintomas como enjoos, dores estomacais, febres, diarreias etc., e o que parecia ser inofensivo pode evoluir para uma contaminação infecciosas fora do intestino; que pode afetar os sistemas urinário, renal, nervoso e sanguíneo, desencadeando sérias doenças como apendicite, pielonefrite, septicemia, peritonite, até evoluir para uma meningite e uma pneumonia. Ou seja, o problema da contaminação não está somente nela em sim, mas em função de propiciar o aparecimento de alguma doença mais grave.¹⁴

Isso insere-se nos casos de pessoas que estão em grau de vulnerabilidade como pessoas com doenças autoimunes, idosos, diabéticos, bebês, gestantes, comprovados em grau elevado de internações em hospitais, bem como nos vários índices de mortalidade infantil por consequência de gastroenterite ou diarreia, principalmente em regiões mais abastadas e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano.¹⁵

Tabela 2 – Medidas geométricas do número mais provável de coliformes totais e *Escherichia coli*, e contagens padrão de microrganismos heterotróficos mesófilos nas fontes situadas em vários pontos, no período de chuva e de estiagem.

Variável	Período de chuva	Período de estiagem
Ponto mais baixo		
Coliformes totais	6,5x10 ² a	2,6x10 ² b
<i>Escherichia coli</i>	1,6x10 ² a	0,1x10 ² b
Mesófilos	1,4x10 ² a	3,7x10 ² b
Ponto mais alto		
Coliformes totais	1,6x10 ² a	8,3x10 ² a
<i>Escherichia coli</i>	0,5x10 ² a	0,3x10 ² a
Mesófilos	5,5x10 ² a	2,2x10 ² a
Profundidade de até 20m		
Coliformes totais	3,4x10 ² a	1,0x10 ² b
<i>Escherichia coli</i>	1,8x10 ² a	0,1x10 ² b
Mesófilos	1,4x10 ² a	3,7x10 ² b
Maior que 20m		
Coliformes totais	6,3x10 ² a	6,2x10 ² a
<i>Escherichia coli</i>	0,2x10 ² a	0,2x10 ² a
Mesófilos	4,0x10 ² a	9,7x10 ² a

As letras a e b, indicada em duas das colunas, não coincidentes na mesma linha, representa diferenças significativas de $p < 0,05$.

Fonte: Ministério da Saúde 2013

Assim sendo, a microbiologia alimentar investiga a constituição de micro-organismos patogênicos e sua principal via de contágio desde à origem, preparação, manuseio, processamento, manipulação e acondicionamento até ao preparo para o consumo. Muito importante, não só para prevenção de certos desarranjos orgânicos mas também como prevenção de outras doenças que não estejam relacionadas ao *E. Coli*, como o exemplo do caso do botulismo.¹⁶

Levando-se em consideração que torna-se praticamente impossível equacionar o índice de contaminação, pois grande parte dos produtos alimentares ficam expostos facilmente como potenciais nichos para a proliferação de micro-organismos por um lado, e por outro ajudam a controlar os níveis da contaminação dentro de uma perspectiva de aceitabilidades e servindo-se como instrumento auxiliar para controle da saúde pública, no sentido de ajudar no prazo de validade na avaliação do grau de toxicidade.¹⁷

E tal realidade relaciona-se com a precariedade de vários fatores, desde a falta de infraestrutura até à falta de informações e de educação apropriada, ou na criação de meios mais acessíveis para identificação de agentes patogênicos com mais eficiência, acesso e de baixo custo, no sentido de se trazer diagnósticos mais precisos, além da agilizar a celeridade do tratamento. Ora visto que tudo isso se relaciona a hábitos comportamentais em relação à higienização, esterilização, manipulação, formas e meios de consumo.¹⁸

No entanto, as questões que tratam das infecções alimentares fecais têm que ser uma constante na prática da enfermagem clínica em seus diversos campos de atuação, seja no trato urinário, sanguíneo, renal, sistêmico etc., porque a questão está no desempenho e mutações em torno do *E. Coli* e como ele se manifesta e interage aos organismos humanos e de certos animais. Tornando-se um catalisador para supri

respostas no trato das infecções tanto para beneficiar quanto para erradicar as consequências patologias agregadas.¹⁹

Considerações finais

A importância dos estudos científicos para a saúde é e sempre será de fundamental contribuição para os avanços como no tema aqui tratado, entre a contaminação fecal alimentar e a *Escherichia coli*. Pois ficou comprovado que com responsabilidade, honestidade profissional, pode-se evitar preventivamente esse mal que é a contaminação fecal alimentar e que atinge muitas pessoas, principalmente daquelas com problemas socioeconômicos e de vulnerabilidade social.

Assim, os objetivos aqui especulados foram satisfatoriamente esclarecidos. Pois é de suma importância que o profissional de saúde entenda essa relação entre causa e efeito da contaminação fecal alimentar. E também muito importante identificar cientificamente essa contaminação, analisando todo o processo sanitário, por meio de trabalhos de forma mais humanizada, envolvendo todos os atores envolvidos: o Estado, médicos, enfermeiros, e a população em geral.

Ficando patente que é necessário e de extrema necessidade investir em programas como saneamento básico vigilância sanitária e educação com envolvimento, entrega e participação de todos os envolvidos. No sentido de intervir logo durante a primeira fase da contaminação, com políticas públicas de saúde para desenvolvimento de programas sociais e de saúde na assistência da população.

Dessa forma, entende-se que esse é um problema de todos, não somente do Estado. É um dos caminhos para a prevenção é reforçando a atenção primária, bem como oferecer segurança na prestação de um serviço público mais eficiente e de qualidade, com ênfase na humanização e com programas eficazes.

Referências

¹ Morato EP, Leomil L, Beutin L, Krause G, Moura RA, Castro PAF. Domestic cats constitute a natural reservoir of human enteropathogenic *Escherichia coli* types. *Zoonoses Public Health*. 2009 Jun;56(5):229-37.

² Morato EP, Leomil L, Beutin L, Krause G, Moura RA, Castro PAF. Domestic cats constitute a natural reservoir of human enteropathogenic *Escherichia coli* types. *Zoonoses Public Health*. 2009 Jun;56(5):229-37.

³ Morato EP, Leomil L, Beutin L, Krause G, Moura RA, Castro PAF. Domestic cats constitute a natural reservoir of human enteropathogenic *Escherichia coli* types. *Zoonoses Public Health*. 2009 Jun;56(5):229-37.

⁴ Morato EP, Leomil L, Beutin L, Krause G, Moura RA, Castro PAF. Domestic cats constitute a natural reservoir of human enteropathogenic *Escherichia coli* types. *Zoonoses Public Health*. 2009 Jun;56(5):229-37.

⁵ Silva N, Junqueira VCA, Silveira NFA, Taniwaki MH, Santos RFS, Gomes RAR. Manual de métodos de análise microbiológica de alimentos e água. São Paulo: Varela; 2010.

⁶ Freundlich, M., Ramani, N., Mathew, E., Sirko, A. y Tsui, P. (1992). The role of integration host factor in gene expression in *Escherichia coli*. *Molecular Microbiology* 6: 2557-2563.

⁷ Martinez MB, Trabulsi LR. Enterobacteriaceae. In: Trabulsi LR, Alterthum F, editores. Microbiologia. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 271-9.

⁸ BROOKS G.F; BUTEL J.S; MORSE SA. Microbiologia médica. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

⁹ Cookson AL, Cao M, Bennett J, Nicol C, Thomson-Carter F, Attwood GT. Relationship between virulence gene profiles of atypical enteropathogenic Escherichia coli and Shiga toxin-producing E. coli isolates from cattle and sheep in New Zealand. Appl Environ Microbiol. 2010 Jun;76(11):3744-7.

¹⁰ NERO, L A.; BELOTI, V.; BARROS, M. A.F. Métodos rápidos e automatizados para enumeração de microrganismos indicadores em leite –Utilização no Brasil. Semina: Ci. Agrárias, v. 21, n.1, p. 115-126. Londrina, 2000.

¹¹ Forsythe SJ. Microbiologia da segurança alimentar. Trad. Maria carolina Minardi Guimarães e Cristina Leonhardt. Porto Alegre: Artmed, 2002.

¹² Albertini LS. Ecologia, fatores associados à virulência e diversidade de Escherichia coli isoladas de amostras de água de lastro, água de regiões portuárias e moluscos bivalves no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009. 215 p.

¹³ PORTARIA Nº 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011 nº 1- E de 2/1/2001, Seção 1, pág. 19 e no nº 7- E de 10/1/2001, Seção 1, pág. 26

¹⁴ Costa ARF, Lima KVB, Souza CO, Loureiro ECB. Desenvolvimento de PCR multiplex para detecção e diferenciação de categorias de Escherichia coli diarreiogênicas. Rev Pan-Amaz Saude. 2010 jun;1(2):77-84.

¹⁵ Araujo JM, Tabarelli GF, Aranda KRS, Fabbriotti SH, Fagundes-Neto U, Mendes CMF, et al. Typical enteroaggregative and atypical enteropathogenic types of Escherichia coli are the most prevalent diarrhea-associated pathotypes among Brazilian children. J Clin Microbiol. 2007 Oct;45(10):3396-9.

¹⁶ Orlandi PP, Magalhães GF, Matos NB, Silva T, Penatti M, Nogueira PA. Etiology of diarrheal infections in children of Porto Velho (Rondônia, Western Amazon region, Brazil). Braz J Med Biol Res. 2006 Apr;39(4):507-1.

¹⁷ Bernardi E, Armas RD, Caldeira MF, Ribeiro GA. Caracterização microbiológica e sorológica de linhagens de Escherichia coli, isoladas de carne moída comercializada em Pelotas, RS. Hig Aliment. 2004 out;18(125):82-6.

¹⁸ ICMSF (INTERNATIONAL COMMISSION ON MICROBIOLOGICAL SPECIFICATIONS FOR FOODS). Microrganismos de los alimentos. 1. Técnicas de análisis microbiológico. Zaragoza: Acribia. 1994. 804p.

¹⁹ SILVA, A.; MACHADO, P.; RODRIGUES, V.; DUARTE, A. Bactérias Uropatogênicas Identificadas de Cistites não Complicadas de Mulheres na Comunidade. Acta Urológica, v. 25(3), p. 9-14, 2008.

11. METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO SUPERIOR: PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM¹

Jessika Martins Bastos²
Adriana Freire Camelo de Sousa²
Patrícia Lopes Ramos²
Dra. Ani Cátia Giotto³

RESUMO

Introdução: A metodologia ativa é uma forma de didática onde o discente é o principal protagonista da ação e onde o discente colocará em prática o conteúdo. **Objetivo:** Relatar a vivência com a metodologia ativa realizada com discentes na atuação em saúde infantil relacionada com alimentação saudável. **Métodos:** Foi realizada uma ação sobre alimentação saudável em uma escola de educação infantil, em Valparaíso de Goiás, com o intuito de despertar o interesse dos alunos por alimentos saudáveis. **Resultados:** O resultado foi considerado positivo e de muito aproveitamento para as discentes, pois com a ação foi colocado em prática o que foi ensinado em sala de aula. **Conclusão:** É importante o contato com a realidade enquanto discentes, pois mediante a situações de prática, nota-se os limites diante a complicações que exigem o máximo de completude individual.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Educação Superior. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The active methodology is a form of didactics where the student is the main protagonist of the action, where the student will put into practice what he learned with the teacher. **Objective:** To report the experience with the active methodology performed with students in the performance in children's health related to healthy eating. **Methods:** An action on healthy eating was carried out at a nursery school in Valparaiso de Goiás, in order to arouse students' interest in healthy foods. **Results:** The result was considered positive and of great use for the students, because with the action was put into practice what was taught in the classroom. **Conclusion:** It is important to be in touch with reality as students, because through situations of practice, one can see the limits to complications that require the maximum of individual completeness.

Keywords: Nursing education. College education. Health education

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Graduandas em Enfermagem pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18, s/n - Setor de Chácaras Anhanguera, Valparaíso de Goiás - GO, 72870-508.

³ Bióloga, doutora em botânica, docente da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Rua Acre, Quadra 02. Lotes 17/18, s/n - Setor de Chácaras Anhanguera, Valparaíso de Goiás - GO, 72870-508. E-mail: ani@senaaires.com.br

Introdução

Ao longo da trajetória a educação superior na área da saúde vem passando por grandes mudanças, para assim acompanhar as concepções que incentiva a formação do profissional e do docente. Sendo assim, o método de ensino tradicional vem sendo substituído por novas tendências pedagógicas, as quais o intuito é criar um profissional crítico-reflexivo, que será capaz de transformar a realidade social do seu cotidiano, diminuindo desigualdades e injustiças. A formação deste profissional deve conduzir para o compromisso com o paciente o que gerará a melhora da qualidade de saúde da população, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Como um dos principais pontos a educação em saúde viabiliza a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção. A partir da década de 1980 a promoção em saúde ganhou força no Brasil, em consonância com a realização das conferências internacionais de promoção da saúde, que definiram como princípios do campo a multicausalidade do processo saúde doença, a intersectorialidade, a participação social e a sustentabilidade.²

Para formar profissionais capazes de atuar nos diversos cenários do SUS, as instituições de ensino têm como desafio criar profissionais críticos e reflexivos, que serão capazes de compreenderem as diferentes e diversas demandas de todos os usuários, bem como de intervirem nos determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população.³ Para uma formação dos enfermeiros, estudos apontam que as instituições de ensino busquem mudanças que reorientem esse processo, voltadas para o desenvolvimento de competências e habilidades, bem como para o exercício de práticas e saberes que consolidem os princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS. As Metodologias Ativas de Ensino podem contribuir nessa perspectiva, estudos nacionais recentes relatam experiências positivas de aplicação dessas metodologias⁴⁻⁵ e discutem a relevância.^{3,6}

Portanto, os processos de trabalho dos profissionais de saúde precisam ser transformados de forma a contemplar a interdisciplinaridade, a criação de vínculos, a intersectorialidade e o fortalecimento de uma gestão local democrática.⁷

Assim, este artigo tem por objetivo relatar as vivências no desenvolvimento do tema Metodologia Ativa por meio de ações desenvolvidas por discentes do curso de enfermagem em relação à saúde ambiental.

Método

Foi solicitado pela professora da disciplina de Saúde Ambiental ministrada em EAD (Educação à Distância), que as discentes do curso de graduação em enfermagem de uma faculdade particular de Valparaíso de Goiás, realizassem uma atividade em grupo. A atividade deveria ser feita dentro de uma comunidade e envolver uma ação. Essa ação foi realizada em uma escola de ensino infantil com o público alvo formado por 12 alunos, do 4º ano do período vespertino.

Esse tipo de metodologia, compreendida como inovadora e instigante para os sujeitos envolvidos, objetiva desenvolver as potencialidades dos discentes para que possam se assumir como protagonistas do processo de formação.

Resultados

Durante a realização da atividade um grupo de seis discentes do 7º período do curso de enfermagem decidiram fazer uma ação numa escola em Valparaíso de Goiás, pela facilidade e proximidade de um dos filhos de uma discente já estudar no

local, foi necessário um ofício da faculdade destinado a escola escolhida, onde conversamos com a diretora sobre a temática que seria abordada para a realização da palestra, feito isso começamos a preparação e compra dos materiais.

Utilizamos recortes de desenhos de alimentos saudáveis e não saudáveis, como: abacaxi, alface, arroz, bacon, banana, batata frita, bolo, cachorro quente, carne, cenoura, chocolate, feijão, frango, hambúrguer, laranja, maçã, morango, ovo, peixe, pera, pizza, refrigerante, sorvete, suco, tomate, uva (Figura 1). Recortes que foram pintados, cortados e colocados em envelopes pelas próprias discentes. Oferecemos uma salada de fruta (banana, maçã, uva, morango, manga, melão, mamão e laranja), refrigerante e salgado, ao final da palestra e dinâmica.



Figura 1: Impressão das imagens, coloridas pelas discentes, dos alimentos utilizados na atividade com alunos do ensino infantil do 4º ano do período sobre alimentação saudável.

O custo de toda a ação, 115,46 reais, envolvendo a aquisição de materiais de escritório e frutas, foi dividido entre as discentes.

Com os recortes produzidos foi realizada uma dinâmica, dividida em duas etapas. Na 1ª etapa da dinâmica foram fornecidos para cada aluno dois envelopes com os recortes de alimentos e uma folha com imagens de dois pratos vazios. Foi solicitado então para cada aluno montar o prato que eles julgavam ideal para uma alimentação.

Foi ministrada uma palestra, onde cada discente estudou e falou sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, com uma boa qualidade de vida e livre de doenças. A 2ª etapa da dinâmica, onde pedimos para os alunos montarem novamente o prato de acordo com o que eles aprenderam com a palestra ministrada. E ao final de toda a ação foi ofertado a salada de frutas, refrigerante e salgados.

Foi importante esse desafio de lidar com o público infantil enquanto discentes, onde fomos expostas a uma situação onde levamos o conhecimento da importância de uma alimentação saudável, pois é na infância o ponto de partida até a fase adulta, para ensinar sobre uma alimentação adequada.

Discussão

Através dos resultados apresentados, nota-se que utilizando a metodologia ativa as discentes tiveram resultados positivos, onde foram expostas a uma situação com grande êxito e uma experiência inexplicável com que nos foi proposto e avaliado. A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias

tradicionais, com forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista.⁸ Separando o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartilhando, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica.^{8,9}

O processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, sendo o transmissor de conteúdo o docente, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) tornando-se expectador, sem a necessária crítica e reflexão.⁶ Ao contrário, a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica tem como requisição a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece que a realidade é mutável.^{10,11}

Surge no cenário da educação superior a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional que tem como finalidade o estímulo ao conhecimento dos problemas acerca do mundo atual e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade.¹² Tais vantagens foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde.^{13,14} Numa tentativa de aproximação da realidade social e de motivação para docente e discente adquirirem novas redes de conhecimentos, as instituições formadoras são convidadas a realizar mudanças em suas práticas pedagógicas.

Se tiverem a oportunidade de interagir com outros autores, objetos e situações, o discente deve ser capaz de construir, modificar e integrar ideias. É de suma importância o envolvimento do docente, assim como a troca com os pares na confrontação de modelos e expectativas. Todos precisam buscar a transformação nas relações de poder que se estabeleceram e que se mantêm, aparentemente, independentes dos núcleos de sentido da instituição.^{15,16}

As metodologias de ensino-aprendizagem tradicionais ainda são totalmente utilizadas na formação dos profissionais da saúde. Denominada como bancária por Paulo Freire, esse modelo de educação, destaca a passagem de conhecimentos pelo docente ao aluno, a supervalorização da formação técnica e a dissociação entre o conhecimento teórico recebido passivamente pelo discente e o contexto social em que está inserido.¹⁶⁻¹⁸

A metodologia ativa utilizada na ação do presente artigo, é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções.^{19,20} A ação realizada pelas discentes proporcionou uma vivência com a comunidade infantil dentro do ambiente escolar. Foi possível, portanto, evidenciar a realidade que estará presente nas ações cotidianas futuras de profissionais da enfermagem.

Tratando-se da educação de nível superior, sempre foi levado que para ser considerado um bom docente universitário, bastaria ter um amplo conhecimento na área da disciplina lecionada e uma boa dicção; Com uma sociedade globalizada e informativa, os estudantes do nível superior, já chegam com sua personalidade formada, com grandes conhecimentos. O ensino tem como função principal garantir o processo de transmissão e assimilação dos conteúdos do saber escolar, sendo

através desse processo, o desenvolvimento de capacidades cognoscitivas dos alunos, de maneira que, o professor planeje, dirija e comande o processo de ensino, tendo em vista estimular a atividade própria dos alunos para a aprendizagem.²¹

Baseando-se em formas de desenvolver o processo de aprender, a metodologia ativa utiliza experiências reais ou simuladas, buscando soluções, com êxito, desafios sobrevivendo das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos.²² Problematização e Aprendizagem baseada em problemas são duas formas fundamentais de utilização de metodologia ativa na saúde. No primeiro caso, trata-se de uma estratégia utilizada em situações, onde os temas estão diretamente relacionados com a vida cotidiana, como foi o caso da atividade executada no presente estudo. Tem como referência, um importante Método: o Arco de Charles Maguerez, que foi apresentado pela primeira vez, em 1982, por Bordenave e Pereira.²² É um caminho metodológico que orienta a prática pedagógica do professor, quando este encontra-se verdadeiramente preocupado com o desenvolvimento e autonomia intelectual e política dos seus.²⁴

No caso da Aprendizagem Baseada em Problemas, as situações são preparadas, previamente, de acordo com os conteúdos que os alunos precisam dominar. Cada temática deve discutir um problema, geralmente em pequenos grupos.²⁵ No Brasil, em uma retrospectiva histórica da aplicação de Metodologias Ativas, identificou-se ser o seu uso recente na educação formal, mais precisamente, a partir dos anos 2000, como forma de formar profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, várias ações foram necessárias, dentre as quais, a implementação do Programa Aprender SUS, a efetivação de uma Política Nacional de Educação Permanente para trabalhadores do SUS e, o desenvolvimento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde.²⁶

Conclusão

Destaca-se a importância do contato com a realidade enquanto discentes, pois mediante a situações de prática, nota-se os limites diante a complicações que exigem o máximo de completude individual. Diante disso, é necessário que para a formação de um bom profissional, visando buscar um conhecimento amplo diante de situações complexas, ocorra a aproximação crítica do aluno com a realidade. Também se torna importante a presença do pensamento crítico a respeito das realidades de cada indivíduo.

Referências

1. Rodrigues J, Zagonel IPS, Mantovani MF. Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem. Rev. Esc. Anna Nery. 2007;11(2):313-17.
2. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Em: Campos GW, org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 2016. p. 635-67.
3. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. O processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Texto & Contexto Enferm. 2010;19(1):176-84.
4. Sebold LF, Martins FE, Rosa R, Carraro TE, Martini JG, Kempfer SS. Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado

profissional de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):753-6.

5. Limberger JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface Comun Saúde Educ.* 2013;17(47):969-75.

6. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* 2-11;20(4):884-99.

7. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(2):153-8.

8. Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 30. ed. São Paulo: Cultrix; 2012.

9. Behrens MA. O paradigma emergente e a prática pedagógica. 2005;196(80):383-403.

10. Freire P. Educação e mudança. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

12. Brasil. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional. *Diário Oficial da União* 1996; 23 dez.

13. Almeida M. Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde. Londrina: Rede Unida. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr.* 2003;4(2):151-56.

14. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde - do imaginário ao real. Viçosa: UFV- Cebes; 1998.

15. Feuerwerker LCM. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.

16. Feuerwerker LCM, Sena RR. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2002;6(10):37-50.

17. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1527-34.

18. Pereira SE. Contribuições para um planejamento educacional em ciências da saúde com estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem. *Comun Ciênc Saúde.* 2007;18(1):33-44.

19. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
20. Luckesi CC. Filosofia da educação. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1991.

21. Diaz-Bordenave J, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

22. Bulgraen CV. O papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento, Rev. Conteúdo, Capivari. 2010;4(1):30-8.

23. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Ciências Sociais e Humanas, Londrina. 2011;32(1):25-40.

24. Reibnitz KS, Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006;13(3):413-28.

25. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface: comunic, saude, educ. 1998; 2:139-154.

26. Rodrigues RA, Caldeira S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. Rev Bras Enferm. Periódico na internet. 2008;61(5):629-636.

12. EFEITOS DO USO DO NARGUILÉ SOBRE A SAÚDE E A VISÃO DOS JOVENS SOBRE O TEMA¹

Aline da Conceição Oliveira²
Dr. Marco Aurélio Ninômia Passos³

Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi identificar os efeitos do narguilé sobre a saúde, verificando a prevalência da utilização deste entre os jovens, caracterizando o perfil dos usuários e realizando um comparativo da tendência de consumo do cigarro e narguilé. **Metodologia:** A pesquisa do tipo quantitativa foi realizada utilizando um questionário anteriormente analisado pelo responsável da instituição e aplicado a estudantes na faixa etária de 18 a 35 anos regularmente matriculados na modalidade Educação de Jovens e adultos de uma escola pública do Distrito Federal. O questionário era composto por 4 perguntas abertas (tipo discursiva) e 6 perguntas fechadas (tipo objetiva) que decorreram sobre características dos estudantes e a relação que os mesmos têm com o tabaco com enfoque no narguilé, mas sendo possível comparativo da prevalência de utilização do narguilé e cigarro comum. Os dados foram analisados e agrupados de acordo com as características observadas, bem como idade, gênero e a relação desses dois fatores com o contato e utilização do narguilé. **Resultados:** A pesquisa revelou que 45% desses indivíduos já utilizaram narguilé em algum momento da vida, e quando questionados sobre a utilização de cigarro 18.33% assumiram ser fumantes. O consumo de tabaco prevaleceu entre a população feminina com idade entre 18 e 25 anos. **Conclusão:** Esses dados são refletidos pela falta de orientação acerca do assunto, voltada para essa população. Sugere-se a intensificação de campanhas voltadas para os jovens, além da criação de programas específicos para o narguilé e dispositivos semelhantes.

Palavras-chave: : Narguilé, cigarro, tabaco.

Abstract

Objective: The objective of this study was to identify the effects on health, verifying the prevalence of the use of young people, characterizing the profile of the users and perceiving a comparative effect between the capacity of cigarette consumption and the use of narghile. **Methodology:** Quantitative research was carried out using a previous questionnaire for the institution of higher education and applied in the selection of students from 18 to 35 years enrolled in the modality of Education of Young people and adults of a public school of the Federal District. The questionnaire was composed of 4 open questions and 6 closed questions (objective type) that emerged about the characteristics of the students and their relationship with tobacco as a focus on narghile

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Bacharela em Enfermagem pela Universidade Paulista

³ 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). Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica

but being possible comparative of the prevalence of use of narghile and common cigarette. The data were arbitrated and grouped according to the characteristics observed, as well as age, gender and the two-factor approach to contact and use of narghile. **Results:** The 45% investigation is a resource already used at one point in life, and when asked about the use of a cigarette 18.33% assumed to be smokers. Tobacco consumption prevailed among women aged 18 to 25 years. **Conclusion:** These data are revealed by the lack of attention on the subject, aimed at this population. It is suggested an intensification of campaigns directed at young people, in addition to the creation of specific programs for narghile and similar devices.

Keywords: Hookah. Cigarette. tobacco.

Introdução

O narguilé existe há centenas de anos, foi criado por um médico indiano que pretendia diminuir os efeitos do tabaco. O tipo mais conhecido do narguilé se popularizou por todo mundo no início da década de 90 ⁽¹⁾.

No dispositivo mais utilizado, o carvão é instalado e o mesmo sofre combustão. Sendo assim, além do tabaco e outros produtos químicos, os usuários também inalam o resultado desta queima. A presença do carvão diferencia o narguilé de dispositivos eletrônicos que são utilizados com a mesma finalidade ⁽¹⁾.

Diversas pesquisas foram realizadas desde sua popularização e pôde-se observar uma visão errônea de que esse tipo de dispositivo é menos prejudicial a saúde quando comparado ao cigarro, por utilizar um filtro de água. Essa ideia caminhou desde a sua criação e atualmente é reforçada pelo marketing. Os avanços na comunicação, principalmente da televisão e internet, aconteceram juntamente com o crescimento da indústria de narguilé. Os usuários podem ter fácil acesso aos produtos em lojas especializadas ou pela internet, com grande variedade. Como é um comércio não regularizado, esse meio permite que os promotores driblem algumas proibições, como a publicidade. Existe ainda a venda de acessórios que prometem diminuir os efeitos tóxicos, mas nenhum possui comprovação científica ^(1,2,3,4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstra que apenas uma sessão de narguilé, com duração média de 20 a 80 minutos, corresponde a fumaça de aproximadamente 100 cigarros. A prevalência do cigarro ainda é maior, mas o narguilé é responsável pelo crescimento do tabagismo em nível global, causando crescente preocupação dos seus efeitos sobre a saúde ^(3,8).

Outro ponto importante do narguilé é que ele pode ser porta de entrada para o consumo de cigarro ou impedir sua cessação. Pesquisas mostram que pessoas que largaram o cigarro estão procurando o narguilé para enfrentar os sintomas de abstinência e ansiedade, entretanto a substituição aumenta a possibilidade de falha, já que a preparação do narguilé é mais elaborada e não possui a mesma praticidade, impedindo o uso com a mesma frequência ⁽¹⁾.

Diante do exposto esta pesquisa teve como pergunta norteadora o seguinte questionamento: Quais os efeitos do narguilé na saúde e a tendência de utilização deste por parte dos indivíduos?

A falta de pesquisas em relação aos efeitos das substâncias tóxicas associada ao tabaco para narguilé sobre a saúde, é importante entender a tendência do consumo já que há necessidade de políticas específicas para que se possa fazer prevenção e tratamento.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi identificar os efeitos do narguilé na saúde, verificando a prevalência da utilização deste entre os jovens, caracterizando o perfil dos usuários e realizando um comparativo da tendência de consumo do cigarro e narguilé.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, feita com estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA) de uma escola pública do Distrito Federal. Essa modalidade de ensino abrange a população acima de 18 anos que deseja dar continuidade ao Ensino Fundamental e Ensino Médio.

A coleta de dados ocorreu em forma de questionário, avaliado anteriormente pelo responsável da instituição, composto por 4 perguntas abertas (tipo discursiva) e 6 perguntas fechadas (tipo objetiva) que decorrem sobre características dos estudantes e a relação que os mesmos têm com o tabaco, dando enfoque ao narguilé.

A pesquisa aconteceu dentro da própria sala de aula. Anteriormente a entrega do questionário, aconteceu uma explicação acerca da finalidade do estudo, como o mesmo devia ser preenchido, quanto a participação voluntária e a importância de lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como sua assinatura e devolução de uma das vias.

Adotou-se como critério de inclusão jovens que possuíam entre 18 e 35 anos, matriculados na instituição escolhida, na modalidade de ensino EJA com o objetivo de concluírem o ensino médio. Utilizou-se como critério de exclusão, estudantes ausentes na data determinada para a aplicação do questionário e que não estavam matriculados nas turmas previamente escolhidas pelo responsável da instituição de ensino. Participaram da pesquisa um total de 63 estudantes, sendo 3 desclassificados por não atenderem os pré-requisitos.

Os estudantes não foram identificados para que houvesse garantia do anonimato e conseqüentemente a redução da insegurança e desconforto. O nome do diretor e da instituição não serão divulgados por questão de credibilidade.

Os dados foram analisados e agrupados de acordo com as características observadas, bem como idade, gênero e a relação desses dois fatores com o contato e utilização do narguilé.

A orientação ética deste trabalho seguiu as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. Foi utilizado o termo de Consentimento Livre Esclarecido resguardando-se as prerrogativas previstas no item IV.2.d., da referida Resolução. O projeto foi submetido ao comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP) e aprovado sob o parecer n°. 3.179.773.

Resultados e Discussão

Os questionários foram analisados e divididos por categorias. Houveram um total de 60 estudantes, sendo que 45% já utilizaram narguilé em algum momento da vida. Dentro da mesma perspectiva o predomínio maior foi na população entre 18 e 25 anos com 59,52%, observado um quantitativo maior na população feminina, verificado 68,42% do total de mulheres e 52,17% do total de homens.

As demais faixas etárias foram divididas de 26 a 30 anos, apenas 20% dos participantes relataram que já utilizaram, mas não tem hábito de consumo e da população entre 31 a 35 anos nunca tiveram contato (tabela1).

Número e proporção de estudantes por sexo e faixa etária que já utilizaram narguilé em algum momento da vida

Tabela 1

	18 a 25 anos		26 a 30 anos		31 a 35 anos		Total:	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mulheres	19	68,42%	8	0%	7	0%	34	38,23%
Homens	23	52,17%	2	100%	1	0%	26	53,85%
Total:	42	59,52%	10	20%	8	0%	60	45%

Estudos apontam uma crescente utilização do dispositivo por homens, mulheres e principalmente por jovens universitários e crianças em idade escolar. Segundo a Organização Mundial da Saúde a utilização de outras formas de tabaco, que não o cigarro, entre crianças de 13 a 15 anos aumentou 34% nos países pesquisados e em grande parte o aumento está relacionado ao narguilé^(2, 6, 7).

Ao analisar a frequência de utilização foram encontrados os seguintes dados: indivíduos com 18 a 25 anos fazem uso ocasionalmente 42,1% são mulheres e 34,8% são homens; mensalmente 5,2% das mulheres e 8,69% dos homens, semanalmente 5,2% das mulheres e 4,43% dos homens, não houveram relatos de consumo diário. No que tange as demais faixas etárias não foram relatadas frequência de utilização (tabela 2).

Proporção da frequência de utilização do narguilé por sexo e faixa etária

Tabela 2

Frequência	18 a 25 anos		26 a 30 anos		31 a 35 anos	
	M	H	M	H	M	H
Ocasionalmente	42,1%	34,8%	-	-	-	-
Mensalmente	5,2%	8,69%	-	-	-	-
Semanalmente	5,2%	4,43%	-	-	-	-
Diariamente	-	-	-	-	-	-

De acordo com dados da Pesquisa nacional de Saúde divulgada pelo Ministério da Saúde há cerca de 212mil usuários de narguilé em todo o país, destes cerca de 23% fumam esporadicamente, 13% mensalmente, 7% semanalmente e 7% diariamente. Entre os que dizem fazer o consumo diariamente, 63% possui entre 18 e 24 anos⁽⁸⁾.

Em uma pesquisa nacional realizada em 2013, que avaliou a frequência do uso do narguilé entre adultos, apontou que 15% fazia uso de qualquer forma de tabaco, dentre esses 1,2% utilizavam o narguilé de forma frequente, sendo mais comum entre homens brancos, de faixa etária mais jovem, morador de área urbana e com boa escolaridade. Dos entrevistados, 50% utilizavam esporadicamente, 12,8% utilizavam mensalmente, 27,3% utilizavam semanalmente e 6,8% utilizavam diariamente⁽⁶⁾.

Em comparativo a algumas pesquisas publicadas, no Canadá a prevalência do uso do narguilé aumentou 2,6% entre 2006 e 2010 e mesmo assim o número de

tabagistas jovens diminuiu consideravelmente nos últimos anos. Nos Estados Unidos uma pesquisa com jovens universitários revelou que 8,4% fazia uso regular de narguilé e 30,4% já fizeram uso em algum momento da vida ⁽¹⁾.

Dentro da amostra a utilização de cigarro teve prevalência de 18.33%. A população de 18 a 25 anos também ficou à frente com 23,8%, sendo da população feminina 21,05% e da população masculina 23,08%. Das demais faixas etárias, apenas a população feminina entre 31 a 35 anos assumiu ser fumante com 14,2% (tabela 3).

Proporção de estudantes fumantes de cigarro por sexo e faixa etária
Tabela 3

	18 a 25 anos	26 a 30 anos	31 a 35 anos
Mulheres	21,5%	-	14,2%
Homens	26,08%	-	-
Total:	23,8%	-	12,5%

Segundo dados do ministério da saúde o percentual da população fumante diminuiu 36% em 11 anos. Em 2006 eram 15,7%, passando para 10,1% em 2017. Quando analisado por gênero a frequência ainda é maior na população masculina de uma forma geral, sendo 13,2% dos homens e 7,5% das mulheres. A prevalência é maior na população de 35 a 44 anos, com 11,7% seguida da população entre 18 e 24 anos com 8,5%, sendo a segunda com um aumento de 7,4% em relação ao ano anterior. ⁽⁹⁾

Dados do Instituto Nacional do câncer revelam que cerca de 80% dos fumantes começam fumar antes dos 18 anos e 20% antes dos 15 anos, sendo assim o tabagismo pode ser considerada uma doença crônica pediátrica (5).

Ao serem questionados sobre os efeitos do narguilé sobre a saúde 35% não souberam responder, 3,3% disseram que não faz mal, 21,66% citaram problemas respiratórios, 21,66% disseram câncer, 13,33% responderam problemas cardiovasculares e 11,66% respondeu ainda que o narguilé causa hipotensão arterial, podendo o mesmo participante citar mais de um efeito (Tabela 4).

Proporção dos efeitos do narguilé citados pelos estudantes

Tabela 4

Efeitos do narguilé	
Não souberam responder	35%
Não faz mal	3,3%
Problemas respiratórios	21,66%
Câncer	21,66%
Problemas cardiovasculares	13,33%
Hipotensão	11,66%

Ao citarem que o narguilé é responsável por causar hipotensão arterial, infere-se que relataram o efeito sentido durante o consumo, pois assim como as outras formas de utilização de tabaco a longo prazo, o narguilé pode ser responsável pela hipertensão arterial, além de possuir outros efeitos semelhantes ao do cigarro, como o potencial de dependência, pelo fato de ambos terem a presença de nicotina ^(6,7).

Uma pesquisa recente realizada na Síria, com usuários que estavam em abstinência por 24 horas, mostrou que os níveis de nicotina no plasma sanguíneo aumentaram 5x após uma sessão de narguilé sendo o aumento mais lento de que os

usuários de cigarro. Além do estudo neurofarmacológico, da presença de nicotina na fumaça do narguilé, os estudos comportamentais comprovaram dependência, já que muitos usuários não conseguiam parar de fumar e intensificaram o uso longo do tempo ⁽¹⁾. Quando citado câncer, é importante ressaltar que a utilização de tabaco eleva o risco leucemia mieloide aguda; câncer de bexiga; de pâncreas; de fígado; do colo do útero; nos rins; câncer de laringe (cordas vocais); câncer; câncer de faringe (pescoço); câncer de estômago., mas em especial de boca, esôfago e pulmão. Dos problemas respiratórios além de câncer de pulmão, o consumo desse tipo de produto é uma das causas mais comuns de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), por exemplo o enfisema pulmonar, sendo os mesmos efeitos observados em fumantes passivos ^(1,5,7). Além de todas as doenças citadas, estudos anteriores comprovaram de o consumo de narguilé ou dispositivos semelhantes também elevam o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças infecciosas, já que o consumo geralmente acontece em grupo e de forma compartilhada ⁽¹⁾.

Conclusão

Pode-se observar que a prevalência tanto de narguilé quanto de cigarro é maior na população feminina de idade entre 18 e 25 anos. Infere-se que esses dados são refletidos pela falta de orientação acerca do assunto, visto que uma parcela da população não tem conhecimento acerca do dos efeitos deste ou os ignoram dando continuidade ao consumo. Ao analisar a população de faixas etárias entre 26 a 30 anos e 31 a 35 anos, comparando com o primeiro grupo citado, identificou-se que o consumo tanto de narguilé, quanto de cigarro é bem menor, podendo, então, conhecer o perfil dos consumidores.

Sugere-se que a existência de políticas públicas voltadas para o cigarro e com intensa divulgação nas décadas passadas, reflete no padrão de consumo. Observa-se a necessidade de intensificação dessas campanhas voltadas para a população mais jovem, pois quando comparadas as faixas etárias mais velhas a frequência de consumo é bem maior. Além disso, vê-se necessário a criação de programas específicos para o narguilé e dispositivos semelhantes, com o objetivo de orientação aos reais riscos à saúde, já que a pesquisa revelou desconhecimento de uma parcela dos entrevistados.

Referências

- ⁽¹⁾ Vosmirko N, Vargas R, Cavalcante T. Uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidade de pesquisa e ações recomendadas por legisladores. Organização Mundial da Saúde. 2015; 2.
- ⁽²⁾ Szklo A. et al. Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileira: há motivo de preocupação? Cad. Saúde pública. 2011.
- ⁽³⁾ Farias L, Sorato A, Arruda V. Cigarro e narguilé: O que acadêmicos pensam sobre essas drogas? Enciclopédia Biosfera. 2015; 11 (22): 3367.
- ⁽⁴⁾ Lunelli M. et al. Análise das condições pulmonares de discentes tabagistas de cigarro e tabagistas de narguilé do Centro de Ciências da saúde da universidade Regional de Blumenau. ASSOBRAFIR. 2016.

(5) Mais de 212 mil brasileiros admitem usar narguilé. Disponível em: < <https://www.normaseregras.com/normas-abnt/referencias/>> acesso em: 17/03/2019

(6) Baptista A. et al. Frequência do uso do narguilé em adultos e sua distribuição conforme características sociodemográficas, moradia urbana ou rural e unidades federativas: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. Rev. Bras. Epidemiol. 2015.

(7) Menezes G. et al. Males causados: narguilé no sistema respiratório humano. Conexão eletrônica. 2016; 13 (1).

(8) Hábito de fumar cai em 36% entre os brasileiros. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43401-habito-de-fumar-cai-em-36-entre-os-brasileiros>> acesso em 17/03/2019.

(9) Tabagismo. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tabagismo> > acesso em 17/03/2019.

13. A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO USO CORRETO DOS MEDICAMENTOS¹

*Dra. Haline Gérica de Oliveira Alvim²
Marivaldo Jesus Paz Carvalho³*

Resumo: O presente trabalho realizou uma revisão bibliográfica sobre o uso de medicamentos dispensados sem receitas médicas. Identificou a automedicação como uma das causas do aumento de reações indesejáveis, além de resistências bacterianas e interações medicamentosas, e como isso desencadeia enfermidades no paciente. Além do mais, o trabalho apresenta como um alerta ao aumento indiscriminado desta prática.

Palavras-chave: Automedicação. Uso Irracional de Medicamentos. Orientação Farmacêutica.

Abstract: This article consisted of a bibliographical review on the use of medicines dispensed without medical prescriptions, emphasized that self-medication causes the increase of undesirable reactions besides bacterial resistances and drug interactions, causing in several diseases for the patient. Aim was to warn how this has become a public health alert, due to the many actions taken in the abuse of self-medication.

Palavras-chave: Self Medication. Irrational use of medicines. Pharmaceutical Guidance.

Introdução

A automedicação ocorre na tentativa de tratar ou aliviar os sintomas, de doenças constatadas ou mesmo de promover a saúde, independente da prescrição profissional, para tal ato pode ser empregados medicamentos industrializados ou remédios caseiros. ¹ É importante salientar que a automedicação pode acontecer por indicação genérica, por meio freqüentemente da indicação de medicamentos por pessoas não qualificadas tecnicamente, como: amigos, familiares. Ressalta-se que as indicações realizadas por atendentes de drogarias que não sejam farmacêuticos podem caracterizar como o exercício ilegal da profissão. ²

O uso de medicamentos sem receitas médicas vem crescendo a cada dia, essa prática de automedicação pode aliviar financeiramente os sistemas de saúde públicas, pois o paciente antes de procurar o sistema único de saúde, se automedica, e só vão procurar ajuda médica se não melhorar da doença, por isso a indústria de medicamentos vem se aproveitando indiretamente através de propagandas estimulando à automedicação, e por ser um setor responsável na distribuição de medicamentos, tem se aproveitado de tal situação no setor privado, onde nas farmácias é fácil se automedicar, pois muitos desses medicamentos são de alcances do público disponível em prateleiras dentro das drogarias, causando vendas

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Possui graduação em Química Bacharelado pela Universidade de Brasília (2011), mestrado em Tecnologias Química e Biológica pela Universidade de Brasília (2013) e doutorado em Química pela Universidade de Brasília (2017).

³ Marivaldo Jesus Paz Carvalho– Graduando em farmácia

indiscriminadas de medicamentos, e esse uso indiscriminado podem gerar resultados indesejáveis, por que tal prática provoca danos à saúde tais como: hemorragia cerebral devido à combinação de anticoagulantes ou com um simples analgésico, e até a resistência bacteriana pelo uso incorreto de antibióticos, além do mais as pessoas podem apresentar alergia a determinados ingredientes que está fórmula do medicamento, e por consequência poderá desenvolver uma intoxicação medicamentosa.³

O uso indiscriminado de medicamentos é uma oportunidade para os efeitos indesejáveis no corpo, essa enfermidade iatrogênica pode acarretar disfarce de doenças evolutivas, expondo problemas que podem ser precavidos, e os riscos causados são implícito na automedicação, se tornando essencial medidas preventivas diárias dos riscos trazidos pelo o uso indiscriminado de medicamentos, e como consequência tem que tornar visível a conscientização do público quanto aos riscos e efeitos adversos que os medicamentos podem causar.⁴

Na presença de diversas doenças, a automedicação pode agravar o estado de saúde da doença, sendo assim os profissionais da área da saúde em especial o farmacêutico devem exibir ações e reações traduzidas em práticas terapêuticas, na demanda pelo restabelecimento e prevenção da saúde através de orientação, aplicando a conscientização do uso correto dos medicamentos e destacando a importância de como utilizar corretamente os medicamentos, buscando sempre o bem estar físico e mental do indivíduo.⁵

Metologia

O trabalho foi elaborado prosseguindo um estudo de trinta e três referências, por meio de revisão literária, através de materiais como: artigo científico, acessível em sites de revistas científica, órgãos públicos e universidades. Para a seleção de fontes, foram consideradas como parâmetro de inclusão as bibliografias que expusesse o uso racional e irracional de medicamentos, e a importância do farmacêutico no combate a automedicação, foi suprimidas temáticas que não atende o assunto. Houve comprometimento em citar os autores empregue no estudo, respeitando a diretriz reguladora de uma revisão bibliográfica.

Revisão bibliográfica

De acordo a Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973, os medicamentos são produtos farmacêuticos hipoteticamente preparados com um intuito profilático, curativo, paliativo com o propósito de diagnóstico em aliviar os sintomas de doenças. Atualmente os medicamentos têm se destacado profissionalmente e culturalmente está vinculando na promoção da saúde, assim os medicamentos caracterizam-se como matérias ou preparações que se manipulam como remédio, feitos em farmácias ou indústrias farmacêuticas que cumpre normas técnicas e legais. É como um símbolo de saúde, que é feito sob um formato de um insumo existente, e é devidamente alcançável ao consumidor comum dentro de um mercado de oferta em um consumo de recursos e serviços de saúde.⁶

Prescrição farmacêutica, é o conjunto de atividades feitas e documentadas, correlacionadas ao cuidado à saúde, que visa planejar proteger e restaurar a saúde na precaução de doenças, prática que o prescritor seleciona, introduz, insere, substitui, ajusta, repete ou suspende a farmacoterapia do paciente, e se justifica através de documentos todas as suas ações, planejando e promovendo a recuperação da saúde, sempre auxiliando na prevenção de outras adversidades apresentadas nas doenças. Dentre as qualidades da prescrição, o farmacêutico

também documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas fazendo intervenções nos cuidados à saúde do paciente.⁷

São vários fatores que induzem a automedicação no Brasil, um desses fatos é a farmácia ser reconhecida pela população como um ponto comercial de vendas de medicamentos e produtos análogos, e não como uma unidade de saúde. Contudo, devido a recentes mudanças na legislação farmacêutica, farmácia é atualmente reconhecida como uma unidade de saúde, a qual tem como meta a promoção do uso racional de medicamentos, que visa na proteção e recuperação da saúde (Lei Nº 13.021 de 11 de agosto de 2014), que passou a definir farmácia como uma unidade de prestação de serviços de saúde destinada a prestar assistência farmacêutica, a assistência à saúde e orientação sanitária individual coletiva. Passando estes estabelecimentos, a serem classificados como farmácia sem manipulação, ou seja, (estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais) e farmácia com manipulação, (estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais, oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo que a dispensação e o atendimento privativo e de unidade hospitalar, ou de qualquer outra equivalente de assistência médica).⁸

A partir desta lei, é exigida a presença permanente de um farmacêutico, tecnicamente habilitado e exclusivo, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento, inibindo a prática da automedicação, uma vez que o papel é prestar assistência farmacêutica a qual caracteriza-se como um conjunto de ações e de serviços que buscam assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional, apesar que ainda existe locais que não atendem todas vigências legais, e buscam somente buscar lucros, para tal exploram a população mais leiga, e estimulam o público ao consumo de substâncias.⁹

A farmácia hoje em dia é uma porta de ingresso primário à saúde em nosso país, sendo o farmacêutico o mais requerido, muitas vezes antes do próprio serviço hospitalar. Dessa forma o farmacêutico com sua competência e sua perspectiva tem que estar preparado para exercer de maneira conveniente, sempre prestando atenção farmacêutica no amparo ao paciente.¹⁰

Quando os pacientes não procuram as unidades de saúde para se diagnosticar, acabam praticando a automedicação por indicações de terceiros. E na tentativa de buscar uma solução mediata, que são atribuídas à presença de dores ou a outros fatores relacionados a algum tipo de doença, isso leva o paciente a querer se automedicar ao invés de ir à unidade de saúde mais próxima, tais eventos que parecem pequenos são fatores que podem agravar a doença, causando efeitos indesejáveis, como efeitos colaterais e toxicológicos no indivíduo, e podendo até levar a morte.¹¹

Um dos pontos que ocorre na prática da automedicação são os critérios da população, que pensam em solucionar seus problemas de saúde com menor gravidade, dentre eles são o poder financeiro, questões culturais, e acesso a informações digitais, além da escolaridade. Uma das grandes causas da automedicação é o difícil acesso ao serviço público, que vem sofrendo falta de médicos e medicamentos, e também grande parte da população não apresenta condições financeiras para custear um plano de saúde particular, sendo assim fica mais fácil se automedicar, causando assim um alerta público para a saúde das

peças, já quem é estudado procura por mais informações antes de se automedicar, e se tiver um poder aquisitivo financeiro melhor, esses riscos são menores, pois com planos de saúde sempre se consegue uma consulta médica mais rápida.^{12, 13}

Essa prática de automedicação passa de gerações em gerações, através de receitas caseiras como plantas medicinais, ou até pela opinião de amigos e familiares que tomou tal medicamento e melhorou, entra também a mídia através de propagandas que estimula o indivíduo a se automedicar.

Segundo os Centros de Informações e assistência toxicológica há muitos casos relacionados a essa prática de automedicação como misturar medicamentos e chás sem a devida orientação. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso irracional de medicamentos, envolve a seleção e o seu uso para curar doenças autodiagnosticadas, dentre os sintomas da doença, deve ser um dos elementos do auto cuidado.^{14,}

O profissional farmacêutico deve ser considerado como um agente de saúde, incumbido por oferecer explicações técnicas de credibilidade sobre medicamentos, baseado em ampla instrução dessa classe de profissionais.¹⁴ De forma geral, os cursos de farmácia enfatizam diversos estudos que devem ser adquiridos pelo farmacêutico, não abrangendo apenas o de especificidade técnico – científico, mas competência de outras áreas, como ética, humanização e atenção farmacêutica.¹⁵

A atenção farmacêutica é aplicada pelo profissional farmacêutico com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos, a fim de esclarecer a população sobre a respeito dessa prática, justificando a necessidade a ação desse profissional em todas as drogarias do país.¹⁶

Assim, a prescrição farmacêutica torna-se de grande utilidade já previne e controla o ato do paciente se automedicar, uma vez que toma como bases indicação de um profissional da área de saúde regulamentado para tal. O profissional farmacêutico pode orientar o uso racional do medicamento, e acompanhar o paciente durante o tratamento, promovendo o cuidado a segurança e a efetividade do medicamento no paciente. Vale destacar que os fármacos de venda livre (MIPs), se enquadram entre classes mais usadas para a prática da automedicação.¹⁷

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), só tem sentido se sua dispensação sobrevier sob orientação do profissional, pois mesmo sendo fármacos que exibem uma relativa segurança, podem aparecer reações alérgicas, efeitos adversos e colaterais, e também alguma interação medicamentosa de relevância.¹⁸ São os medicamentos que são de venda livre, e que não precisam de prescrição médica para a sua compra, pois apresenta o propósito de aliviar e prevenir os sintomas que não são graves.^{19, 20, 21, 22.}

As solicitações para a classificação de medicamentos que são isentos de prescrição médica, passa por um processo bem rigoroso na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) que julga uma seqüência de critérios, Dentre os quais se destacam:

- a) Ter dez anos de comercialização,
- b) No Brasil mínimo cinco anos com venda sob prescrição médica,
- c) No critério de segurança, ter baixo potencial em causar danos à saúde quando sendo prescrito por médico, considerar sua forma farmacêutica, seu princípio ativo, a concentração desse princípio ativo, a via de administração e posologia, além de ter baixa toxicidade ter janela terapêutica segura entre a dose eficaz e a dose tóxica, ter baixa interação entre medicamentos e alimentos,
- d) As reações adversas relatadas devem ter sua causa conhecida e ser reversível após a suspensão do uso do medicamento,

e) Ter indicação terapêutica no tratamento da prevenção, alívio de sintomas que não são graves, seja com por evolução lenta ou inexistente, e os sintomas deve ser facilmente observado pelo paciente ou farmacêutico, a administração e riscos associados ao paciente tem que ser de fácil administração pelo paciente, não trazer riscos em caso de mau uso, ter baixo risco de abuso na utilização do medicamento em quantidade ou período superior ao recomendado, e não ter risco de causar intoxicação.²³

A utilização dos MIPS traz vantagens no auto cuidado para o indivíduo, no entanto o seu uso pode trazer reação indesejável, tais como intoxicações e interações medicamentosas com resultado clínico importante, e no mascaramento de sintomas grave, e se haver demora na procurara médica acarretará em um quadro clínico grave.²⁴

Os medicamentos de vendas livres são apresentados no balcão dos estabelecimentos comerciais, como mini mercados, lojas de conveniência e armazéns, assim dispensando a orientação farmacêutica no momento da dispensação, expondo a população a riscos significativos, por isso esses medicamentos de venda livre são os mais vendidos, por não precisar de receita médica. Muitas vezes o paciente que busca por um MIPS, e não sabe plenamente de seus sintomas porque não dispõe de informação suficiente para ter uma decisão ajustada no seu tratamento, e nesse caso a aproximação entre o usuário e o farmacêutico garante a uma opção terapêutica mais veraz, e eficaz no quadro clínico identificado, proporcionando o uso racional de medicamentos, possibilitando uma automedicação responsável.^{25- 26.}

As obrigações do farmacêutico para com a atenção farmacêutica tem sido uma tática para o uso racional dos medicamentos, pois através do intermédio desse profissional o paciente recebe bastante informação com o objetivo de potencializar o tratamento de determinada doença. É de responsabilidade do farmacêutico orientar o paciente sobre como usar os medicamentos, pois ele tem conhecimento amplo sobre os fármacos, e sua atuação é indispensável na dispensação de medicamentos, e compete a esse profissional atuar no combate ao uso irracional de medicamentos, além do mais devem ser levados em conta os aspectos fisiológicos e patológicos dos pacientes, atribuindo ao farmacêutico a condição de realizar a prescrição.²⁷

O que deve ser estruturado nesse processo é o limite de atuação do profissional farmacêutico em situações que se julgam necessárias ele deve sempre orientar ao paciente a buscar orientação médica adequada, a fim de tranquilizar o paciente sobre tal necessidade. Dessa forma o farmacêutico deve sempre apresentar a responsabilidade de promotor da saúde e contribuir a favor do uso racional de medicamentos, colaborando com a saúde pública no desfogamento de pessoas nos hospitais.^{28, 29.}

Conclusão

Muitos farmacêuticos e profissionais da saúde estão motivados a desenvolver com a devida aplicação sobre o uso racional de medicamentos incentivando ao paciente que não deve usar medicamentos sem orientação, pois o uso de medicamentos sem prescrição é muito comum, pois esse uso irracional vem causando inúmeras resistências bacterianas, além do mais o farmacêutico é o profissional adequado a orientar o público dentro de uma farmácia, ele tem obrigação de mostrar as conseqüências que e o uso irracional causa, sendo assim constatou-se que ao usar medicamentos o paciente precisa ter consciência dos seus efeitos e como age tal medicamento. É fundamental o individuo usar medicamentos somente sobre

prescrição médica, assim o mesmo está diminuindo os riscos para sua saúde.

Referências

1. Endereço eletrônico www.sciel.br/sciel.php?script=sciarttex&pid=s0104. Acessado em 15 de novembro 2018.
2. Endereço eletrônico revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/. Acessado em 16 de novembro de 2018.
3. O. E Sousa, Hudson W. ; Silva, Jennyff L.; S. Neto, Marcelino. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil.2008. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/4616/393>>. Acessado em julho de 2017
4. Tese de doutorado autogestão do uso de medicamentos disponível em www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148080/. Acessado em 26 de outubro de 2018.
5. Sá, M. B.; Barros, J. A. C.; Sá, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007. Acesso em 26 de outubro de 2018.
6. Prescrição Farmacêutica e Atribuições Clínicas do Farmacêutico, Endereço eletrônico www.cff.org.br/userfiles/prescriçãofarmaceutica 2015. Acesso em 10 de junho de 2019.
7. Fernando Lefèvre. Disponível em www.scielosp.org acessado em 20 de maio de 2019.
8. Lei Nº13.021 de 2014 comentada e anotada CRF-SP Disponível em portal.crfsp.org.br
9. Galato, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados a farmacoterapia. Rev. bras. ciênc. farm., São Paulo, v. 44, p. 465-475, jul./set. 2008. Acesso em 18 de outubro de 2018.
10. Graziela Piccoli R. José de Pinho A.F Who, 1998. Disponível em GP Richetti, J de Pinho Alves Filho - Alexandria: Revista de 2009 - dialnet.unirioja. Acesso em 11 de junho de 2019.
11. Filho - Alexandria: Revista de 2009 - dialnet.unirioja. Acesso em 11 de junho de 2019.
12. Endereço eletrônico portal.mec.gov.br -docmam-file Acessado em 19 de outubro de 2017.
13. Souza, H. W. O. ET. 2008, apud Cerqueira et al, 2005. Uso Racional de Medicamentos Versus Automedicação. Disponível em.

www.faculdadepatosdeminas.edu.br acesso em 23 de maio de 2019.

14. Bortolon, P. C.; Karnikowski, M. G. O.assi, M. Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na atenção primária a saúde do idoso. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 200-209, jul./dez. 2007. Acesso em 18 de outubro de 2018.

15. WHO, 1998, p. 2. Automedicação: um tema social para o Ensino de Química na perspectiva da Alfabetização Científica e Tecnológica GP Richetti, J de Pinho Alves Em 1970, Scheckler e Bennet o papel do farmacêutico frente a resistência bacteriana. Disponível em <http://semanaacademica.org.br> Acessado em 21 de Outubro de 2018.

16. Endereço eletrônico <https://www.scielo.org-artile-csc> acesso em janeiro de 2017.

17. Atenção farmacêutica e uso racional de medicamentos retirado do site www.ceatenf.ufc.br-br-artigos acessado em 16 de novembro de 2018

18. Manual prático de dispensasao - crf-SP retirado de portal.crfsp.org.br - documentos - crf acessado em 25 de junho de 2017.

19. . Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC N° 98, DE 1° De Agosto de 2016 – Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2921766/RDC_98_2016.pdf/32ea4e54-c0ab-459d-903d-8f8a88192412. Acesso em: 11 de junho de 2019.

20. FDA, Food and Drug Administration. Sec. 201.66 Format and content requirements for over-the-counter (OTC) drug product labeling. Disponível em: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.66>. Acesso em 11 de junho de 2019.

21. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC N° – 41, De 26 de Julho de 2012 – Altera Resolução RDC N° 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências, e revoga a Instrução Normativa IN n° 10, de 17 de agosto de 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_41_2012.pdf/464ebb45-88d7-42c3-ae75-a3f430bcbdc0. Acesso em 11 de junho de 2019.

22. Conselho Federal de Farmácia, CFF. RESOLUÇÃO N° 585 de 29 de Agosto de 2013 – Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em 11 de junho de 2019.

23. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC N° 98, de 1° de Agosto de 2016 – Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento

como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2921766/RDC_98_2016.pdf/32ea4e54-c0ab-459d-903d-8f8a88192412. Acesso em 11 de junho de 2019.

24. Conselho Federal de Farmácia, CFF. Centro Brasileiro de Informações Sobre Medicamentos, CEBRIM. *Parecer Cebrim/CFF nº 004/2012 – Quais os riscos envolvidos na liberalização da venda de medicamentos isentos de prescrição (MIP), nas gôndolas das farmácias?!* Brasília, DF. 2012. Acesso em 11 de Junho de 2019.

25. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC N° 71, 22 de dezembro de 2009 – Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html. Acesso em 11 de Junho 2019.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC N° 71, 22 de dezembro de 2009 – Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos. Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html. Acesso em 11 de junho de 2019.

26. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. Portaria nº 344, de 12 de 1998 – Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível

em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf. Acesso em 11 de Junho de 2019.

27. Endereço eletrônico www.cff.org.br -geral- revista-pdf. acesso em 22 de novembro de 2018.

28. Manual de orientação farmacêutico. Retirado do portal.crfsp.org.br -component - category. Acessado em 22 de novembro de 2018.

Ministério da Saúde, MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria N° 3.916, de 30 de Outubro de 1998 – Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF. 1998.

Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em 11 de Junho de 2019.

29. Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Organização Pan-Americana da Saúde. *Fascículo II – Medicamentos Isentos de Prescrição / Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde / CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília 2010. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/index.php/farmacia-estabelecimento-de-saude.html>. Acesso em 11 de Junho de 2019.*

14. A IMPORTANCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO MORRER NO COTIDIANO DOS FAMILIARES DE PACIENTES TERMINAIS¹

Me. Jonas Rodrigo Gonçalves²
Amanda Leal³

Resumo

Objetivo: Analisar a importância do Enfermeiro no processo morrer no cotidiano dos familiares de pacientes terminais. **Metodologia:** O estudo é uma revisão integrativa da literatura no período de 2013 a 2019 com análise descritiva, através levantamento de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* **Resultados:** Os resultados encontrados demonstram que o enfermeiro possui fundamental importância nesse contexto, pois é um contato direto com o familiar, e pode de algum modo trazer certo conforto ao familiar. **Conclusão:** Concluiu-se com este que o enfermeiro desempenha papel fundamental no cotidiano dos familiares de pacientes terminais, pois é ele quem está no acompanhamento diário desse paciente e com o familiar, apesar de o enfermeiro regularmente sentir-se incapacitado por sua formação deficiente, pois muitas vezes este assunto não é abordado na graduação. Após diversos estudos nota-se que o enfermeiro se sobressaiu nas técnicas e posturas desenvolvidas no cotidiano, que exige atitude diferenciada desse profissional através do acolhimento e da proteção, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e sua família, mantendo a ética do cuidado, sempre disposto a ajudar e amenizar de alguma forma o sofrimento do processo de morte, permitindo ampliação no modo de cuidado ao paciente, prestando o apoio necessário ao familiar.

Palavras-chave: Morte. Terminalidade. Processo Morrer. Cuidados Paliativos.

Abstract

Objective: To analyze the importance of the nurse in the dying process in the daily life of the relatives of terminal patients. **Methodology:** The study is an integrative review of the literature between 2013 and 2019 with descriptive analysis, through a survey of electronic data from the Scientific Electronic Library Online (Scielo). **Results:** The results show that the nurse has fundamental importance in this context, because it is a direct contact with the familiar and can somehow bring some comfort to this familiar. **Conclusion:** It was concluded with this work that nurses play a fundamental role in the daily life of the relatives of terminal patients, since it is the Nurse who is in daily follow-up of this patient and in daily contact with the relative, although the Nurse often feels incapacitated by their training poor, as this subject is often not addressed in the undergraduate. After several studies it is noted that the

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisora linguística Roberta dos Anjos Matos Resende; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros.

³ Bacharela em Enfermagem pela Unip

nurse excelled in the techniques and postures developed in this daily life, which requires a differentiated attitude to this professional through the reception and protection, providing a better quality of life for the patient and his family, maintaining the ethics of care being always willing to help and ameliorate in some way the suffering of the death process, allowing an extension in the way of caring for the patient, providing the necessary support to the family member.

Keywords: Death. Termination. Dying. Palliative Care

Introdução

Morrer é o cessar irreversível da função de todos os órgãos, tecidos e células da capacidade corporal do ser consciente, o conceito de morrer é um processo que ocorre ao longo da vida e precisa ser compreendido existencialmente, o morrer acontece a cada momento da vida. A morte e o processo de morrer serão discutidos no âmbito da sociedade e sua forma de lidar com tais assuntos.

Quando não existe a possibilidade de cura é preciso lidar com o processo de morte, visto que essa aproximação da morte envolve a relação emocional e espiritual, transforma-se em grande aprendizado na maneira com a qual o paciente evolui e sobre o que representa para os familiares. Pode-se observar que esse processo torna o profissional invulnerável e com certa frustração, pois sua formação compreende salvar vidas, a perda de um paciente o faz sentir-se impotente por não poder evitar a perda¹.

As relações entre o ciclo de vida e as pessoas que nele vivem relacionam o meio como um todo influenciando todas as partes envolvidas. O processo morrer é entendido de diversas formas e distintamente por cada indivíduo, o morrer pode ser considerado uma fase existencial envolvendo temores e crenças. Ao realizar cuidados ao paciente terminal muitos levam em consideração a prática da Eutanásia, sendo ilegal no Brasil e proibida pelo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem¹.

As doenças crônicas não transmissíveis têm papel significativo nesse processo, pois são responsáveis pelo maior número de internações hospitalares. Com o passar dos anos a morte e o luto se tornam mais dolorosos na vida dos indivíduos, pois antes eram tratados como parte de um ciclo natural da vida, já nos dias de hoje se tornam mais dolorosos por envolverem mais sentimentos, como a culpa da perda. Quando não existe possibilidade de cura é preciso lidar com o processo de morte, visto que a aproximação com a morte envolve relação emocional e espiritual, e se converte em grande aprendizado devido a maneira que o paciente evolui nesse processo e sobre o que representa para os familiares. Esse processo torna o profissional invulnerável e com certa frustração, pois sua formação consiste principalmente em salvar vidas e a perda de um paciente traz sentimento de impotência por não poder evitar a perda.

Costumeiramente a morte pode ser inevitável, e quando não existe cura para o paciente, a opção de não prolongar o sofrimento é uma decisão delicada, cabendo ao profissional de saúde a decisão consciente junto a equipe de saúde. Entretanto a equipe médica e os enfermeiros são treinados para manter a vida e vencer a morte, e diante dos amplos recursos para manutenção da vida deve manter a dignidade do paciente no momento da morte. “Quando retrocedemos no tempo e estudamos cultura e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente sempre a repeliu”².

A fim de aumentar a perspectiva de vida o Decreto Federal no 2.268, de 30 de Junho de 1997, regulamenta a Lei no 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que descreve sobre a remoção de órgãos ou tecidos do corpo humano para fins de tratamento ou transplantes servindo como alternativa aos pacientes enfermos, podendo prolongar a vida ou em busca da cura, desde que haja a aceitação do familiar do doador e assim evite o processo de morte na vida dos familiares do paciente enfermo³.

O valor e a relevância dessa pesquisa é analisar se existe real necessidade do profissional no cotidiano dos familiares de pacientes terminais, analisando o impacto da morte na vida desses familiares pode-se avaliar a conduta do enfermeiro diante desse processo, evidenciando se o profissional minimiza de alguma forma esse sofrimento, no qual os familiares podem não estar preparados a enfrentar, necessitando de suporte profissional. Essa pesquisa é importante para que os profissionais de saúde entendam o quanto sua atuação é marcante no momento de dor e sofrimento, já que têm por objetivo a solução de problemas de forma racional, analítica, sistemática e metodológica.

Dessa forma, o presente objetiva analisar a importância do enfermeiro no processo morrer no cotidiano dos familiares de pacientes terminais, identificando os fatores de riscos relacionados ao processo morrer precoce e demonstrando os fatores de risco relacionados a doenças crônicas não transmissíveis que causam uma antecipação da morte, apresentando formas preventivas de morte prematura.

Metodologia

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com análise descritiva tratada como um dispositivo de suma relevância para a obtenção de estudos no campo da saúde, ao relatar de forma ampla e essencial um conteúdo claro e objetivo, posto que encaminha o pesquisador na validação dos fatos recorrentes. Consequentemente proporciona interação com o conhecimento específico para garantir aos profissionais de saúde acesso a pesquisas para proporcionar o conhecimento necessário.

Para direcionar essa revisão integrativa da literatura foi gerada a seguinte questão norteadora: Qual é a importância do Enfermeiro no processo morrer no cotidiano dos familiares de pacientes terminais?

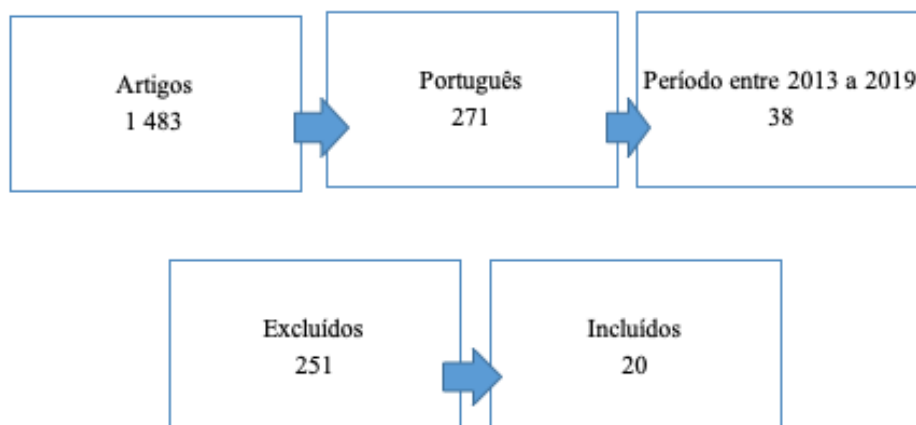
Para o sucesso da pesquisa realizou-se levantamento na base eletrônica de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando descritores como: Morte, Terminalidade, Processo morrer, Cuidados paliativos.

Quanto aos critérios de inclusão foram escolhidos os artigos na língua portuguesa ou traduzidos para o português dentro da temática e disponíveis nos bancos de dados com publicações realizadas no período de 2013 a 2019. Excluídos os artigos que não atenderam os critérios citados acima.

Para extrair os dados importantes dos artigos realizou-se a leitura exaustiva prévia e o uso de fluxograma para agrupar as informações necessárias, minimizando o risco de erros na transcrição, garantindo a checagem das informações para servirem de base.

Utilizando os descritores na base de dados supracitados foram identificados 1 483 artigos, sendo que desse total, 271 no idioma português, 38 no período entre 2013 a 2019, no entanto após a leitura exaustiva somente 20 atendiam a problemática do estudo.

A figura 1 demonstra a seleção dos artigos com os critérios de inclusão e exclusão.



Nesse contexto foi notada a existência de grande número de publicações elaboradas por enfermeiros, o que se nota como tema relevante entre os profissionais de saúde. Dentre os artigos citados (85%) foram de abordagem qualitativa, com base na análise do conteúdo foi possível organizar e dividi-los em categorias tais como: O despreparo da equipe em situações de morte, o enfrentamento dos familiares no processo de fim da vida, o prolongamento do sofrimento humano nas unidades de terapia intensiva, as perspectivas dos cuidados paliativos, e a necessidade de qualificação profissional e de conhecimento sobre o tema.

Discussão

O despreparo da equipe frente a situações de morte

Na vida acadêmica pouco se fala em morte e o profissional está voltado a salvar vidas, quando esse momento chega o profissional sente-se despreparado, pois a morte é temida e pouco discutida pelos acadêmicos de saúde. Segue um modelo de curativista tornando esse processo difícil e doloroso para os profissionais, no qual se luta para que nunca ocorra. O despreparo profissional diante da morte e o paradigma de salvar vidas são os principais fatores predisponentes à frustração e sofrimento ao se deparar com a finitude da vida. O cuidado humanizado deve substituir a frustração e dar lugar a melhor maneira de pensar e agir a fim de garantir maior conforto ao familiar desse paciente e ao próprio profissional. Florence Nightingale traz a referência da perspectiva do cuidado humanizado para pacientes terminais: “Tem lugar que as pessoas têm pensado muito no lado humano de tratar o ser humano que é a grande dualidade que a gente sempre questiona, né? Humanizar o ser humano, isso é uma redundância”¹.

Os profissionais de saúde deveriam ter disciplinas na graduação que abordem discussão sobre a educação para a morte, preparando-os para lidar com esse momento sem frustrações, bem como o uso da psicoterapia para curar seus medos e dores, e é necessário incluir vivências em cotidiano. Há uma deficiência no aprendizado sobre a morte durante a vida acadêmica, assim o profissional enfrenta dificuldade em vivenciar essa experiência².

O Enfrentamento dos familiares no processo de fim da vida

A morte é sempre uma fatalidade e pelo olhar do familiar esse peso é ainda maior, envolvendo sentimentos como a culpa, o medo e a negação, é sempre difícil enfrentar esse momento e é imprescindível o apoio da equipe de enfermagem para a compreensão da morte, pois o que para uns é fatalidade, para outros é esperança de vida com a doação de órgãos, há inúmeros fatores que podem contribuir para a doação de órgãos, como também há fatores que podem dificultar esse processo, um deles é a recusa familiar. Um dos principais fatores para a recusa dos familiares é o desconhecimento sobre o funcionamento do processo de doação e transplante. Outro fator é o despreparo profissional ao abordar a família sem as informações necessárias, levando a recusa da doação³.

A limitação do suporte de vida e o enfrentamento dos familiares no término da vida recebem atenção sobre questões éticas como, por exemplo, no caso da morte encefálica em pacientes adultos e pediátricos, e têm suporte vital a esses pacientes, inclusive apoio legal. Um estudo pediátrico sobre o fim da vida demonstrou que os princípios da beneficência e da não maleficência foram utilizados em 83% dos casos, a participação da família é considerada importante nesse processo e a bioética pode ser um instrumento fundamental⁴.

O envelhecimento humano é ação natural do tempo sobre as pessoas, é inevitável que com o passar da idade o indivíduo depare com a morte, assim a morte é existencial ao homem, a consciência da finitude leva aos idosos maior aproximação da morte, muitas vezes o cuidador ou o familiar presencia esse momento, pois é quem acompanha o idoso no fim da vida⁵.

Prolongamento do sofrimento humano nas unidades de terapia intensiva

O convívio dos profissionais de saúde com os familiares dos pacientes fora de condições terapêuticas precisa ter certo grau de amadurecimento para que exista boa comunicação com esses familiares. O amadurecimento se através da vivência e envolvimento profissional focando na qualidade da terminalidade de vida do enfermo. O familiar sofre grande desgaste emocional e físico no período em que o paciente se encontra hospitalizado e a sensibilidade da equipe multiprofissional deve demonstrar humanização no cuidar. Diante de todo o contexto de zelo e sofrimento de paciente e familiares, os profissionais devem elaborar estratégias para amenizar o sofrimento e elevar a capacidade de enfrentamento dos familiares⁶.

Deve-se considerar a sedação paliativa em alguns casos, é um processo complexo do ponto de vista profissional e familiar, principalmente em pacientes oncológicos, profissionais de saúde consideram a sedação em casos de morte iminente, é nesse momento que a participação da família é necessária, surgem conflitos de valor entre o enfermo e os familiares sendo necessário compreender os fatos. Os principais conflitos são sobre valores, crenças e culturas⁷. Especialmente quando se trata do enfrentamento da terminalidade infantil pelos familiares, é relevante, pois a família necessita de apoio para entender e vivenciar o luto, ao conhecer a história da criança o enfermeiro acaba se envolvendo emocionalmente, simplesmente por serem pacientes e crianças, o enfermeiro compreende a experiência vivenciada pelos pais, busca estabelecer comunicação clara e objetiva, pois mesmo com a impossibilidade de cura os pais sempre acreditam que a criança sobreviverá. O enfermeiro deve perceber a limitação dos pais e familiares e criar estratégias para minimizar essa perda, pois cada família vivencia a morte de forma diferente⁸.

Perspectivas dos cuidados paliativos

O cuidado paliativo proporciona cuidado integral e diferenciado ao paciente e ao familiar que o acompanha como forma de alívio ao sofrimento e melhor qualidade no fim da vida. O cuidado paliativo também atinge a dimensão espiritual do paciente, fazendo com que se sinta melhor preparado para o enfrentamento da terminalidade. Para integrar a espiritualidade é preciso oferecer práticas humanizadas que acolham o paciente e seus familiares, estabelecendo empatia e questões relacionadas a espiritualidade.⁹

Esse processo pode envolver fragilidades, dúvidas, medo e desordens fazendo o familiar se apoiar na espiritualidade na busca de formas para enfrentar as incertezas, trazendo um conforto e bem-estar ao paciente e ao familiar cuidador. Diante dessa fragilidade muitos enfermos fecham-se ao diálogo com o familiar cuidador: “Nessa tarde, percebi que o paciente fingia dormir enquanto seu familiar tentava conversar sobre seu estado de consciência e de saúde, tentando interagir, perguntando como ele estava se sentindo naquela tarde. Ele olhava com os olhos quase fechados, sem vontade de interagir, mesmo com sua condição clínica permitindo tal conversa. Entendi essa atitude como fuga, uma maneira de escapar do enfrentamento daquele momento de terminalidade. Parecia querer sair dali. Para o familiar, a interpretação desse momento restringiu-se ao efeito da pesada medicação, que o deixava sonolento [RDC]”¹⁰.

Necessidade de qualificação profissional e de conhecimento sobre o tema

O profissional de saúde residente obtém a formação para complementar a graduação, o tema educação para a morte possui certa insatisfação na graduação, os profissionais deparam com esse momento sem ter passado por um preparo prévio, sentindo-se despreparados. Para Ceccim e Ferla (2003), a residência complementa e fomenta o desenvolvimento de habilidades e competências que vão além da formação da graduação, cabendo às instituições formadoras dos programas de residências, preencher as lacunas deixadas na graduação, pois os profissionais sentem a necessidade de conteúdos voltados ao tema de morte e morrer.¹¹

Pessoas com doenças crônicas e de evolução prolongadas são frequentes nos serviços de internamento dos hospitais e das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), é um desafio para os profissionais de saúde. Estudos mostram que a esperança é um sentimento individual e diferenciado de pessoa para pessoa, esperançosa é a vivência em situações de doença, na doença crônica há a perda do bem-estar, gera sofrimento.¹²

Ao adoecer a possibilidade de morte se torna iminente, traz reflexões sobre o sentido da vida e sobre a finitude, há a busca de recursos e apoio para lidar com esse momento, trazendo sentido ao processo de morrer e pós-morte relacionados a crença: “... eu tenho certeza que existe uma força maior na gente, né, porque se não a gente não existia” (MARCOS). O profissional enfermeiro deve estar atento às questões voltadas para a crença e a espiritualidade, uma vez que o paciente se “prende” a essa “força maior”, tendo em vista principalmente a compreensão fenomenológica das vivências do paciente com câncer e em cuidados paliativos, compreendendo a importância da dimensão espiritual para que esse paciente em situações de vulnerabilidade consiga enfrentar a dor e o sofrimento no dia a dia.¹³

Nesse contexto os profissionais de saúde relatam dificuldade e angústia ao lidar com a morte de um paciente, ao lidar com o sofrimento do familiar, como agir com a equipe multidisciplinar e principalmente com o próprio sofrimento gerado, pois essa temática constitui um verdadeiro tabu entre os estudantes do curso de

Enfermagem, de forma geral os profissionais se sentem despreparados nesse tema. Ao falar em determinado assunto, ele fica mais claro, aumenta o nível do conhecimento e facilita a lida com a finitude humana, favorecendo o debate dos assuntos trabalhados e situações práticas vivenciadas.¹⁴

Outro fator determinante para a finitude da vida é a evolução das doenças, como por exemplo, pacientes vivendo com HIV/AIDS, além dessa evolução, possuem maior índice de complicações pela não aceitação da doença, pois esses pacientes apresentam certo sofrimento psicológico por ser uma doença que apresenta elevada taxa de óbito, refletindo nos enfermeiros sentimento de tristeza, evidenciando conceitos de finitude: “Um descanso, em muitos casos é um descanso”. (E39)¹⁵.

Os pacientes que morrem na UTI algumas vezes são mais velhos, mais frágeis e conseqüentemente com menor funcionalidade, provavelmente permaneceram mais tempo internados na unidade, o que resulta em falência múltipla de órgãos. As doenças relacionadas a morte geralmente são a doença renal, o insulto neurológico não traumático (AVE e coma após PCR) e a ICC.¹⁶

Os enfermeiros que vivenciam esse processo possuem angústias psicológicas, ficam frustrados e incapacitados sem saber como lidar com o óbito, principalmente no contexto da morte em hemato-oncologia, pois eleva os riscos dos pacientes que muitas vezes já estão em processo de morte, fazendo-os refletir sobre o que influencia sua qualidade de vida, fazendo com que busquem fora do espaço laboral os momentos de satisfação e tranquilidade que o hospital não proporciona¹⁷.

Quando se trata do processo de finitude é imprescindível que se fale sobre suicídio assistido e eutanásia, pois nem sempre os cuidados paliativos estão disponíveis ou são suficientes. Diante do sofrimento alguns profissionais de saúde já cogitaram a possibilidade de o cessar, acelerando a morte, apesar de ser um tema bastante polêmico alguns profissionais veem essa possibilidade como o fim do sofrimento, alguns profissionais relatam receber esse tipo de pedido de alguns pacientes, principalmente de portadores de doenças terminais¹⁸.

Muitos profissionais de saúde se sentem responsáveis e têm sentimento de culpa no trabalho, principalmente nas unidades públicas nas quais a falta de material e estrutura influenciam na qualidade do serviço prestado, gerando sofrimento tanto para o profissional quanto para o familiar, como na seguinte situação: “A fisioterapeuta pediu para a enfermeira lhe dar uma “sondinha” para aspirar a criança, que estava com muita secreção, dizendo pode ser uma sonda de numero 6, pois a de numero 8 não tem há uma semana. Nesse momento, uma técnica de enfermagem disse: Toma aqui, para você não falar que nunca te dei nada.” (DB, p. 28). Os profissionais muitas vezes compram seu próprio material de trabalho e outros improvisam material, esses fatores geram insegurança nos profissionais quanto a eficácia do serviço prestado, proporcionando angústia e desespero¹⁹.

Os cuidados de enfermagem diretamente ligados aos pacientes em estado terminal exigem práticas especiais no cuidado com os pacientes de morte encefálica, pois estes pacientes representam potencial doador, os profissionais necessitam de mais cuidado com no uso de drogas e aparelhos que são extremamente importantes. O potencial doador e a família beneficiarão outras pessoas com a doação de órgãos, é preciso manter a estabilidade do paciente em morte encefálica, conservando as condições hemodinâmicas favoráveis ao transplante, o sucesso do transplante dependerá deste momento. O profissional tem o compromisso de manter as condições vitais do paciente, favoráveis a realização de transplantes, fazendo tudo que está a seu alcance a fim de salvar outras vidas²⁰.

Resultados

O cuidado integra o indivíduo como um todo, inclusive sua família, o cuidado ao paciente trata não só o controle de sintomas físicos, mas também o espírito do ser que sofre, portanto os cuidados paliativos mostram que a dimensão do cuidado ao paciente é muito maior do que se espera, a espiritualidade é uma “facilitadora” da morte digna. O olhar a pessoa como um todo integra a espiritualidade e o cuidado prestado pelo profissional, fator relevante ao paciente e a todos que o cercam. Na aceitação do processo de morte no ambiente familiar, no convívio com pessoas do processo de finitude e suas famílias, o profissional de saúde relata importante mudança de ideias, a morte passa a ser compreendida como processo natural e essa compreensão é fundamental à equipe que vive esse cenário.

É indiscutível a importância do tema no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem, para que na prática o profissional se sinta preparado ao enfrentar o processo de morte. O profissional enfermeiro é essencial na vida dos familiares de pacientes terminais, trazendo segurança e conforto.

Considerações finais

Concluiu-se com esse trabalho que o enfermeiro desempenha papel fundamental no cotidiano dos familiares de pacientes terminais, pois está no acompanhamento diário ao paciente e em contato com o familiar, mesmo se sentindo incapacitado por sua formação deficiente, pois muitas vezes o tema não é abordado na graduação.

Pode-se observar qual a importância do enfermeiro no processo morrer no cotidiano dos familiares de pacientes terminais notando que o enfermeiro sobressaiu nas técnicas e posturas desenvolvidas nesse cotidiano, que exige atitude diferenciada através do acolhimento e proteção, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente e a sua família, mantendo a ética do cuidado, sempre disposto a ajudar e amenizar de alguma forma o sofrimento no processo de morte, permitindo ampliação no modo de cuidado ao paciente, prestando apoio necessário ao familiar.

O objetivo principal dessa pesquisa foi identificar os fatores de risco relacionados ao processo morrer precoce, demonstra fatores de risco relacionados a doenças crônicas não transmissíveis que causam a antecipação da morte e as formas preventivas de morte prematura, pois as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de internação hospitalar e de agravamento das doenças.

Contudo se fez compreender a real necessidade desse profissional de saúde no cotidiano dos familiares de pacientes terminais, observando que esse profissional direciona alguns aspectos visando à superação do fim da vida e o alcance da dignidade de uma morte tranquila, fazendo compreender o processo de finitude como parte do ciclo da vida e trazendo maior conforto para a sociedade.

Vale salientar que não é um trabalho fácil, pois não encerra quando a intervenção termina, as intervenções e questionamentos são obscuros e pouco explorados, necessitando de diálogo para possam alcançar outros setores da vida. Portanto, é imprescindível preparar os enfermeiros para que desempenhem o processo cuidar de forma integral e resolutiva, passando por todo o ciclo da vida de forma que compreendam esse processo do nascimento até a morte.

Essa pesquisa provou que o enfermeiro é peça fundamental nesse cenário, no qual os familiares demonstram a necessidade de se reorganizar diante do processo de morte em que ocorre tanto o desgaste físico como o emocional, possibilitando a busca de sentido tanto para a vida como para a morte.

Referências

1. Santana JCB, Santos AV, Silva BR, Oliveira DCA, Caminha EM, Peres FS, et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. Ver. Bioét. (Impr.). 2013; 21 (2): 298-307.
2. Poletto S, Santin JR, Bettinelli LA. Vivência da Morte de Idosos na Percepção de um Grupo de Médicos: Conversas sobre a Formação Acadêmica. Revista Brasileira de Educação Médica. 37 (2) ; 186-191;2013.
3. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. Cad. Saúde Colet.,2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 260-6.
4. Paranhos GK, Rego S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (3): 519-28.
5. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. Ciência & Saúde Coletiva, 19(8): 3309-3316,2014.
6. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(1):7-16.
7. Melisse Eich M,Verdi MIM, Martins PPS. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (3): 583-92.
8. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. Ver. Bioét. (Impr.). 2015;23(3): 608-14.
9. Arrieira ICO, Thofern MB, Porto AR, Amestoy SC, Cardoso DH. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. Av Enferm. 2016;34(2):137-147.
10. Vasques TCS, Lunardi VL, Silveira RS, Avila LI, Dalmolin GL, Carvalho KK, et al. Inter-relações no processo de morrer no hospital: olhar do familiar cuidador. Av Enferm. 2017;35(3):266-274.
11. Lima MJV, Andrade NM. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.958-972, 2017.
12. Martins R, Domingues M, Andrade A, Cunha M, Martins C. A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 5 (AGO.,2017).
13. Benites AC, Neme CMB, Santos MA. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. Estudos de Psicologia Campinas 34 (2) 269-279 abril-junho 2017.

14. Cardoso EAO, Santos MA. Grupo de Educação para a Morte: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão* Abr/Junh.2017 v.37 n 2, 500-514.
15. Angelim RCM, Brandão BMGM, Freire DA, Abrão FMS. Processo de morte/morrer de pessoas com HIV/AIDS: perspectivas de enfermeiros. *Ver Cuid* 2017; 8 (3): 1758-66.
16. Gulini JEHMB, Nascimento ER, Moritz RD, Vargas MAO, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em Unidade de Terapia Intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Rev Esc Enferm USP* · 2018;52:e03342.
17. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, vol. 26, no 2, p. 795-805 -Junho/2018.
18. Brandalise VB, Remor AP, Carvalho DC, Bonamigo EL. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2018; 26 (2): 217-27.
19. Peixoto TC, Passos ICF, Brito MJM. Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* 2018; 22(65):461-72.
20. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Rev Gaúcha Enfer.* 2018;39:e2017-027

15. PRÁTICAS VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS EM BANCOS DE LEITE HUMANO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ¹

*Me. Mayara Cândida Pereira²
Alessandra Ribeiro Sampaio³*

Resumo

Objetivo: Descrever as práticas vivenciadas por enfermeiros que atuam em BLH. **Metodologia:** Revisão integrativa, com busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tendo como critérios de inclusão publicação entre 2013 e 2019; publicação na íntegra e em língua portuguesa. **Resultados:** Dentre os artigos encontrados foram selecionados 10, distribuídos em duas categorias de análise: Práticas Vivenciadas pelos Enfermeiros dos BLH e Causas do Desmame Precoce. **Conclusão:** As práticas geralmente são voltadas para as rotinas e os procedimentos burocráticos, quando deveriam ser priorizadas a humanização do atendimento e a valorização das políticas públicas de aleitamento materno exclusivo. Com isso, entende-se que a equipe de enfermagem cada vez mais necessita passar por formação continuada e aplicação de metodologias científicas, desenvolvidas com espírito crítico e autonomia. O desmame precoce é uma das causas mais evidente entre as mulheres brasileiras, devido a fatores culturais, socioeconômicos e fisiológicos. Essas dificuldades levam as mães e seus bebês aos banco de leite humano, onde o enfermeiro é o responsável pelo atendimento, que deveria articular a assistência e o processo de enfermagem.

Palavras-chave: Desmame precoce. Bancos de Leite Humano. Enfermagem.

Abstract

Objective: To describe the practices experienced by nurses working in BLH. **Methodology:** Integrative review, with search for articles in the Virtual Health Library (VHL), having as inclusion criteria publication between 2013 and 2019; Publication in full and in Portuguese. **Results:** Among the articles found were selected 10, distributed in two categories of analysis: practices experienced by the nurses of the BLH and causes of early weaning. **Conclusion:** The practices are usually focused on routines and bureaucratic procedures, when the humanization of care and the appreciation of public policies for exclusive breastfeeding should be prioritized. Thus, it is understood that the nursing team increasingly needs to undergo continuous training and application of scientific methodologies, developed with a critical spirit and autonomy. Early weaning is one of the most evident causes among Brazilian women, due to cultural factors, socio-economic and physiological. These difficulties

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos:revisãolinguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarlyda Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Possui graduação em Enfermagem pela Anhanguera Educacional -Anápolis GO. Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF, mestre em Gerontologia e Especialista em Saúde Pública. Atualmente é Coordenadora do Curso e de estágio supervisionado de Enfermagem da Universidade Paulista -UNIP campus Brasília -DF; Consultora Ad Hoc da Revista de Divulgação Científica Sena Aires, avaliadora de cursos pelo INEP/MEC e colaboradora dos processos éticos de enfermagem do COREN-DF. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, gerontologia e ética profissional. Além disso tem experiência em gestão acadêmica de ensino superior

³ Bacharela em Enfermagem pela Unip.

lead mothers and their babies to the human milk Bank, where the nurse is responsible for the care, which should articulate the nursing care and process.

Keywords: Early Weaning. Human Milk Banks. Nursing.

Introdução

A Rede Banco de Leite Humano (BLH) promove a saúde da mulher e da criança de forma integrada nas esferas federal, estadual, municipal, sociedade e iniciativas privadas, com o objetivo de incentivar e obter o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Embora a maioria das mulheres conheça a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, diversas são as causas de desmame precoce. Dentre elas destacam-se as doenças infectocontagiosas, tais como: mães infectadas pelo HIV, mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2, infecção herpética, varicela, tuberculose, hanseníase, hepatite B, hepatite C, dengue, candidíase, dentre outras.^(1,2)

Diante disso, o trabalho do BLH tem como seu principal objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e nesse contexto repleto de particularidades o enfermeiro está inserido como educador e cuidador daquele que assiste.⁽³⁾

A atuação do enfermeiro é regulamentada por várias legislações, como a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que o aponta como responsável pela assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puérpera, por meio do planejamento, organização, execução e avaliação dos recursos de assistência de enfermagem.⁽⁴⁾

No Distrito Federal, de janeiro de 2018 a outubro de 2018, foi estimada a existência de 4.625 doadoras de leite humano, 14.005,1 litros de leite coletados, 7.522,27 litros de leite distribuídos e 7.680 receptores. Para que esses objetivos sejam atingidos são necessárias condições mínimas para o funcionamento do BLH, que estão descritas na Portaria nº 322, de 26 de maio de 1988, que aprova as normas gerais válidas em todo o território nacional.^(1,5)

No entanto, com todo o empenho do Ministério da Saúde (MS) e trabalho diário e contínuo para conscientização da importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, incentivo ao vínculo mãe e bebê, tendo como prioridade reduzir a mortalidade infantil nos RNs de baixo peso e pré-termo, ainda existe uma enorme lacuna nessa área do atendimento, que por alguma quebra no processo de assistência a amamentação, tem levado muitas mulheres ao desmame precoce.⁽⁶⁾

Assim, o objetivo geral deste estudo é descrever as práticas vivenciadas por enfermeiros que atuam em Bancos de Leite Humano (BLH), sendo que o objetivo específicos foi conhecer as principais causas que levam ao desmame precoce.

Portanto, são necessários estudos que identifiquem as práticas adotadas, agravos a saúde da mulher doadora no BLH, capacitação técnica, métodos de intervenção e atendimentos praticados pelos enfermeiros e, principalmente, verificar se a capacitação é suficiente para que identifiquem possíveis patologias nas parturientes com dificuldades na amamentação.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, que permite sintetizar o conhecimento e aplicar os resultados encontrados, delimitada pelas seguintes etapas: identificação do problema ou temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores e dos critérios para inclusão/exclusão de artigos); amostragem (seleção

dos artigos); categorização dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; análise e discussão a respeito das tecnologias usadas/desenvolvidas; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados e apresentação da revisão integrativa.

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: "Quais são as práticas evidenciadas na literatura, em relação ao trabalho da enfermagem em Bancos de Leite Humano (BLH)?"

Os critérios de inclusão dos estudos foram: publicação entre 2013 e 2019; publicação em língua portuguesa; publicados na íntegra; e apresentar revisão da literatura ou pesquisa de campo a respeito do tema tratado. Os critérios de exclusão foram: publicação anterior ao período estabelecido; publicação em idioma diferente do português; não terem sido publicados na íntegra; e não se relacionarem com o tema tratado, especificamente.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre o meses de fevereiro e maio de 2019 e utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): desmame precoce, bancos de leite humano e enfermagem.

Após análise dos estudos encontrados, foram selecionados os artigos que contemplavam a pergunta norteadora do presente trabalho e que atendiam os critérios previamente estabelecidos. A última etapa foi organizar e sumarizar as informações contidas nos estudos encontrados, as quais estão dispostas nos Resultados (Quadro 1).

Resultados

Quadro 1: Principais informações sobre os artigos selecionados para a revisão integrativa

Título	Autoria	Revista/Ano	Metodologia	Conclusões
Desmame precoce e suas causas: experiência na Atenção Básica de Campina Grande-PB.	Araújo JP, Almeida JLS, Souto CMRM, Oliveira AEA, Sudério MARP.	Rev Univ Vale do Rio Verde	Estudo descritivo, exploratório e quantitativo	O aleitamento materno exclusivo precisa ser promovido nas comunidades menos assistidas.
A prática do enfermeiro do Banco de Leite Humano: um relato de experiência.	Rodrigues EMS, Rodrigues DP, Andrade M, Braga ALS, Alves VH, Santos MV.	Rev Enferm UFPE/2016	Estudo descritivo e qualitativo	A atuação do enfermeiro no BLH contribui para a prevenção do desmame precoce.
Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano.	Branco MBLR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza RMP, Lopes FO, Marinho TF,	Rev Pesq Cuid Fund/2016	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo	A prática do enfermeiro no BLH oferece apoio e proteção ao aleitamento materno.
Articulação entre sistematização de enfermagem e procedimentos operacionais:	Marchiori GRS, Alves VH, Rodrigues DP, Gabriel AD, Santos MV,	Rev Enferm UFSM/2017	Estudo descritivo e qualitativo	É necessário articular a assistência de enfermagem e os procedimentos operacionais dos

perspectivas dos enfermeiros dos bancos de leite.	Branco MBLR.				bancos de leite.
Influência das avós no aleitamento materno exclusivo: estudo descritivo transversal.	Ferreira Piccioni Queiroz Silva Vale IN.	TDM, LD, PHB, EM,	Rev Einstein/ 2018	Estudo descritivo e transversal	As avós exercem influência no aleitamento materno e também no desmame precoce.

Título	Autoria	Revista/Ano	Metodologia	Conclusões	
Saberes sobre processo de enfermagem no banco de leite humano.	Marchiori Alves Rodrigues Santos Branco Gabriel AD.	GRS, VH, DP, MV, MBLR,	Texto Cont Enferm/2018	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo	A sistematização da assistência de enfermagem nos bancos de leite está fragmentada, sendo necessário criar um instrumento de articulação com o processo de enfermagem.
Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar	Urbanetto Gomes Costa CMG, DM, Jung BC.	PDG, GC, Nobre Xavier	Rev Pesq Cuid Fund/2018	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo	As informações da enfermagem servem como suporte para que as puérperas não desmamem precocemente os seus filhos.
Fatores associados à prática e à duração do aleitamento materno no Brasil contemporâneo	Paim JSL, Boiani MB, Freitas TS.		Rev Invest/2018	Pesquisa bibliográfica	A ação dos profissionais de saúde, como o enfermeiro, pode reduzir os índices de desmame precoce no Brasil.
O papel do enfermeiro no banco de leite humano: uma revisão integrativa.	Silva Cavalcanti França Martins Silva Júnior Gomes JÁ.	AX, MD, PCG, GFR, AO,	Braz J of Health Rev/2019	Revisão integrative da literatura	A prática do enfermeiro é essencial nos bancos de leite humano, por meio da valorização da assistência de enfermagem.
Dificuldades vivenciadas pelas nutrízes no processo de aleitamento materno: uma revisão integrativa.	Rabello Mariot MDM.	FB,	Rev Cuid Enferm CESUCA/ 2019	Revisão integrativa da literatura	A identificação dos fatores que levam ao desmame precoce é essencial para melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo.

Discussão

Como foi apresentado no Quadro 1, foram selecionados 10 artigos para a revisão integrativa, apresentada a seguir, em duas categorias de análise.

Práticas Vivenciadas pelos Enfermeiros dos Bancos de Leite Humano

Os objetivos dos Bancos de Leite Humano (BLH) são a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, de forma a diminuir as taxas de mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida da criança. As prioridades são os recém-nascidos prematuros ou com patologias. Para alcançar essas metas os enfermeiros dos BLH tiveram que ampliar seus conhecimentos sobre lactação e legislação de apoio ao aleitamento materno.⁽⁷⁾

A legislação se relaciona à Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Protetores de Mamilo (NBCAL - Lei nº 11.265/2006 e RDC nº 221/2002), licença maternidade, licença paternidade, salas de apoio ao aleitamento materno para as mulheres que trabalham e existência de creches nas empresas com pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade. Essas leis são para proteger o aleitamento materno, enquanto direito de cidadania e não apenas para a sua promoção. Esse entendimento faz diferença na prática do enfermeiro que atua no BLH.⁽⁷⁾

Assim, a proteção não se destina não só ao aleitamento materno, mas ao direito que a mulher tem de exercê-lo, com opção desde o pré-natal. Para fazer essa escolha a mulher precisa adquirir saberes, repassados pelo profissional de enfermagem, de forma a conscientizá-la de todos os seus direitos, expressos na legislação e de encaminhá-la para grupos de apoio, quanto tiver dificuldades para amamentar, como forma de encontrar soluções apropriadas. Os saberes do enfermeiro, assim, não podem ser apenas biológicos, mas também sociais e emocionais, para oferecer suporte às mulheres.⁽⁷⁾

Esses novos saberes e olhares é que estruturam novas práticas profissionais nos BLH, onde o enfermeiro deve dominar as tecnologias existentes, como a coleta e pasteurização do leite, mas principalmente a assistência de enfermagem na amamentação, sendo estas últimas relacionadas ao processo de enfermagem, ao cuidar e estabelecimento de relações. A realização do diagnóstico de enfermagem torna-se, assim, etapa essencial para o atendimento humanizado à mulher com dificuldades para amamentar e que procura o BLH.⁽⁸⁾

O atendimento à nutriz nos BLH é composto por algumas etapas, relacionadas principalmente à assistência de enfermagem. A primeira etapa é o acolhimento à mãe e ao bebê, cadastro e encaminhamento ao profissional habilitado, conforme as dificuldades apresentadas. A mãe pode não saber como amamentar o bebê corretamente, o que é motivo de estresse para ambos. Diante dessa situação, o enfermeiro precisa oferecer apoio emocional, verificar em conversa sobre a existência de mitos acerca do leite e ensinar-lhe as posições corretas para realizar a amamentação, o que pode ser feito com o auxílio de gravuras.⁽⁹⁾

As dificuldades podem estar relacionadas à situação das mamas, que apresentam fissuras mamárias, mastite ou ingurgitamento mamário, tornando a amamentação dolorosa. Esses problemas podem ser causadas pela pega incorreta e, nesse caso, a mãe precisa ser orientada quanto ao procedimento correto, além de exposição da mama ao sol, para captar vitamina D e promover a cicatrização, sem interromper o aleitamento, no caso da mastite e realizar massagens, seguidas da coleta manual do leite a ser oferecido ao bebê, quanto às fissuras. Se houver

ingurgitamento mamário o enfermeiro deve orientar para a retirada do excesso de leite e secreção, para aliviar a dor.⁽⁹⁾

Esses procedimentos são para evitar o desmame precoce, com escuta, suporte e acompanhamento da mãe e do bebê e devem ser realizados não como forma de cumprir a legislação ou as rotinas do BLH, mas com base em saberes relacionados à assistência e ao processo de enfermagem. São esses dois campos do conhecimento profissional que permitem o atendimento humanizado ao binômio no BLH, de forma interdisciplinar e contínua e necessitam de formação continuada por parte do enfermeiro, para que o trabalho não seja superficial e possa fornecer dados suficientes para avaliações sistematizadas sobre aleitamento materno.⁽¹⁰⁾

Na prática, nem sempre o atendimento nos BLH contempla os saberes relacionados à assistência e ao processo de enfermagem. Ainda que haja acolhimento, geralmente as entrevistas são rápidas, superficiais ou simplesmente não são feitas, dificultando o diagnóstico de enfermagem, por falta de dados a serem interpretados, para resultarem num julgamento clínico, que direcione o planejamento das ações do enfermeiro. A falta ou deficiência no planejamento compromete a implementação das intervenções necessárias e o registro sistemático dos procedimentos realizados. Todas essas falhas impactam na avaliação, não sendo possível verificar se houve ou não mudanças quanto às dificuldades apresentadas pela mãe e seu bebê no processo da amamentação, o que prejudica a geração de dados epidemiológicos.⁽¹⁰⁾

A prática da assistência e do processo de enfermagem nos BLH, com em qualquer outro serviço de saúde, requer pensamento crítico e autonomia por parte do enfermeiro, envolvendo saberes teóricos e práticos, que permitem articular esses conhecimentos com os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), presentes no Manual do BLH. Na prática, geralmente as normas técnicas e as rotinas se sobrepõem ao uso do método científico, interferindo na qualidade do serviço prestado.⁽¹¹⁾

Diante de situações que não constem no Manual do BLH muitos enfermeiros recorrem a outros profissionais da equipe ou à Rede BLH-BR, repassando a outras instâncias o que deveriam ter autonomia para resolver, por meio dos conhecimentos adequados. Assim, a formação continuada é necessária, pois o conhecimento amplia o processo de cuidar, por parte do enfermeiro e permite o planejamento individualizado e humanizado do atendimento no BLH, para que este efetivamente possa cumprir a sua função de serviço especializado de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno.⁽¹¹⁾

Causas do Desmame Precoce

No processo de amamentar não são levadas em conta apenas as necessidades nutricionais da criança, mas uma série de vantagens, que passam pelo bebê e se estendem à mulher, à família e ao Estado. Todos seriam beneficiados pelo ato de amamentar. Contudo, a prática de desmamar precocemente a criança também faz parte da história da humanidade, apesar das amplas vantagens anunciadas na manutenção da amamentação, feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em todo o mundo, e pelo Ministério da Saúde, no Brasil.⁽¹²⁾

As primeiras semanas de vida são críticas para a manutenção da amamentação do bebê, pois nesse período é que as mães desenvolvem a maioria dos conceitos inadequados sobre a qualidade e quantidade do seu leite. As mães argumentam que o leite secou, que é fraco ou insuficiente, que o filho não ganhou

peso, associando o peso apresentado pela criança com o seu estado de saúde. Assim como as primeiras ideias são mitos, a segunda também o é, pois o leite da mãe não é fraco ou insuficiente para o bebê.⁽¹³⁾

A falta de conhecimentos adequados sobre o aleitamento materno e as consequências ruins do desmame precoce para o bebê não são um privilégio da mãe, mas também dos serviços de saúde, que não a orientam corretamente. Diante do desmame as mães podem apresentar uma série de sentimentos contraditórios, como indiferença, sacrifício, alívio e prazer, dever cumprido, culpa, entre outros.⁽¹⁴⁾

Esses sentimentos constituem formas das mães vivenciarem as dificuldades pelas quais passam e que as levam ao desmame precoce. Para essas dificuldades as mães apresentam, frequentemente, explicações justificadoras que estão fundamentadas em experiências anteriores delas próprias e do seu grupo familiar e social. São essas explicações que geralmente definem a decisão de desmamar o bebê precocemente. Diante disso, experiências prévias com a amamentação, como ocorre com as múltiparas são muito importantes na manutenção do aleitamento materno exclusivo.^(12,14)

A compreensão das mulheres sobre amamentação e sua personalidade influenciam de forma direta a atitude frente ao ato de amamentar. Mulheres mais jovens, de nível educacional e socioeconômico mais baixo, além de serem solteiras, tendem a desmamar os filhos mais cedo. Quando casadas ou tendo um companheiro (namorado ou noivo) podem sofrer influência negativa, caso se trate de pessoa também sem informação sobre o processo de amamentação, mas também positiva, se essa pessoa apresentar conhecimentos adequados.⁽¹³⁾

Muitas mães afirmam ser a amamentação importante, porque o leite materno evita doenças na criança. Essa compreensão é importante para estreitar os laços afetivos com o bebê, mas outras mães não se sentem da mesma forma, pois consideram que a amamentação, por evitar doenças, torna-se uma obrigação para elas. São mulheres que se sentem sobrecarregadas física e emocionalmente, principalmente em relação às tarefas domésticas, ao choro do bebê e à livre demanda, o que as leva ao desmame precoce.⁽¹⁵⁾

O choro do bebê é associado à fome por grande parte das mães menos informadas, o que as leva a acreditarem que o seu leite não satisfaz as necessidades do filho, optando por desmamá-lo completamente ou complementar o aleitamento materno com a introdução de outros alimentos, como complementos, água e chás. Também contribui para isso a aparência do leite humano, que é mais fina do que as fórmulas lácteas industrializadas ou mesmo do leite de vaca.⁽¹²⁾

As relações sociais também influenciam na decisão das mães para o desmame precoce. A figura da avó serve como referência na prática do aleitamento materno exclusivo, influenciando de forma positiva ou negativa, transmitindo tabus e crenças. Como figura mais velha da família e pretensamente mais experiente, a avó pode oferecer grande contribuição para o aleitamento materno ou para o desmame precoce, de acordo com suas crenças. Nesse aspecto, a avó materna, por estar mais próxima da mãe é apontada nas pesquisas como tendo influência maior.⁽¹⁶⁾

A hipogalactia (deficiência de secreção láctea), infecção puerperal, intercorrências da mama no puerpério, como fissuras (fendas abertas no tecido mamário), mastites (infecção da mama), ingurgitamento mamário (distensão ou congestão vascular da mama) e dor, podem fazer com que a mãe promova o desmame precoce do bebê. Além disso, o parto cirúrgico pode contribuir como mais um elemento dificultador na prática do aleitamento materno, devido às condições da parturiente no pós-operatório imediato.^(12,13,14)

Situações de estresse e depressão podem fazer com que a mãe não produza leite suficiente, devido à ação dos hormônios estressores ao inibirem a prolactina (produção do leite) e a ocitocina (descida do leite). Mães estressadas ou deprimidas também não conseguem acomodar o bebê para mamar com eficiência. Não sendo sugada, a mama não tem estímulo para a descida do leite, o que faz a mulher dizer que o seu leite secou. Com pouco leite o bebê chora mais e a mãe fica ainda mais estressada, o que fatalmente leva ao desmame precoce.⁽¹⁴⁾

Quando o bebê é prematuro, a internação prolongada dificulta a formação do vínculo com a mãe, o que pode trazer dificuldades para a amamentação. É preciso incluir o cuidado com a mãe durante a permanência da criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para que esse vínculo possa se estabelecer e a amamentação comece o mais cedo possível, pois o leite materno é ainda mais importante para o bebê prematuro, devido aos riscos inerentes a essa condição.⁽¹⁵⁾

A introdução significativa de chupetas e da mamadeira leva muitos bebês ao desmame precoce. Nesse caso, falta orientação, o que representa uma lacuna em relação ao papel dos serviços de saúde sobre os benefícios do aleitamento materno para a mãe e a criança. Geralmente as mães que optam por essa substituição valorizam mais a técnica de amamentar e o tempo de que dispõem do que os benefícios da amamentação.^(12,14)

As mães que trabalham vão, gradativamente, desmamando os seus bebês, na medida em que se aproxima o sexto mês de vida, em função da volta ao trabalho, quando o ideal seria que as amamentassem, de forma complementar, até o segundo ano de vida. Trata-se de uma das mais relevantes causas do desmame precoce, sendo amplamente investigada na literatura sobre o assunto. No Brasil, as mães em fase de puerpério contam com 120 dias de licença maternidade, quando o ideal seria de 180 dias, benefício concedido somente pelas chamadas Empresas Cidadãs. Também faltam creches nas organizações, para favorecer as mães e os bebês.^(12,13,14,15)

Conclusão

Apesar dos incentivos ao aleitamento materno exclusivo por meio de políticas públicas, muitas mães desmamam seus bebês antes do sexto mês de vida. As causas podem estar relacionadas às informações incompletas ou insuficiente sobre as práticas corretas de amamentação, aos mitos sobre a qualidade do leite materno; interferências de avós e familiares; doenças ou dificuldades no manuseio das mamas; dificuldades socioeconômicas devido a necessidade de voltar ao trabalho, após licença maternidade de 120 dias.

Estes fatores podem levar as mães a buscarem no BLH orientações. Nesse momento, o enfermeiro precisa estar preparado, para recebê-las adequadamente, planejar e encaminhar o cuidado de acordo com as necessidades individuais e verificar continuamente as mudanças ocorridas. Essas ações não podem ser apenas a rotina do BLH, mas devem estar fundamentadas na assistência e no processo de enfermagem.

Dessa forma, identificamos a necessidade de que os enfermeiros dos BLH passem por formação continuada, de forma a compreenderem essa articulação, desenvolverem autonomia e espírito reflexivo, permitindo a transformação das rotinas em conhecimentos sistematizados sobre aleitamento materno. São esses conhecimentos que vão proporcionar à mãe e seu bebê um atendimento humanizado e que valorize o aleitamento materno exclusivo e não somente a solução das dificuldades apresentadas e as demandas burocráticas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Banco de leite humano: Modelo de atuação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. [acesso 5 abr 2019]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=364#>.
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 2008. [acesso 5 abr 2019]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>.
3. Pereira JAC, Alves VH, Marchiori GRS, Rodrigues DP, Gabriel AD, Santos MV. Atuação do enfermeiro nos bancos de leite humano. Rev Enferm UFPE 2017; 11(7):2691-6. [acesso 5 abr 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23441/19141>.
4. Congresso Nacional (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [acesso 5 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 322, de 26 de maio de 1988. [acesso 6 abr 2019]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf.
6. Luna FDT, Oliveira JDL, Silva LRM. Banco de Leite Humano e Estratégia Saúde da Família: parceria em favor da vida. Rev Bras Med Fam Comum 2014; 9(33):358-64 [acesso 6 abr 2019]. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/824/663>.
7. Branco MBLR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza RMP, Lopes FO, Marinho TF. Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do Banco de Leite Humano. Rev Pesq Cuid Fundam 2016; 8(2):4300-12. [acesso 26 abr 2019]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4357/pdf_1875.
8. Silva AX, Cavalcanti MD, França PCG, Martins GFR, Silva Júnior AO, Gomes JÁ. O papel do enfermeiro no Banco de Leite Humano: uma revisão integrativa. Braz J Heal Rev 2019; 2(2):1005-17. [acesso 26 abr 2019]. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1283/1157>.
9. Rodrigues SEM, Rodrigues DP, Andrade M, Braga ALS, Alves VH, Santos MV. A prática do enfermeiro do Banco de Leite Humano: um relato de experiência. Rev Enferm UFPE 2016; 10(8):3161-66. [acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <http://www.search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profilename=ehost...site.pdf>.
10. Marchiori GRS, Alves VH, Rodrigues DP, Santos MV, Branco MBLR, Gabriel AD. Saberes sobre processo de enfermagem no Banco de Leite Humano. Texto Contexto Enferm 2018; 27(2):e0390016. [acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e0390016.pdf>.

11. Marchiori GRS, Alves VH, Rodrigues DP, Gabriel AD, Santos MV, Branco MBLR. Articulação entre sistematização de enfermagem e procedimentos operacionais: perspectiva dos enfermeiros dos Bancos de Leite. Rev Enferm UFSM 2017; 7(2):179-92. [acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25701/pdf>.
12. Rabello FB, Mariot MDM. Dificuldades vivenciadas pelas nutrizes no processo de aleitamento materno: uma revisão integrativa. Rev Cuid Enferm – CESUCA 2019; 5(6):68-81. [acesso 18 abr 2019]. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revistaenfermagem/article/view/1421>.
13. Araújo JP, Almeida JLS, Souto CMRM, Oliveira AEA, Sudério MARP. Desmame precoce e suas causas: experiência na Atenção Básica de Campina Grande-PB. Rev Univers Vale do Rio Verde 2013; 11(2):146-55. [acesso 18 abr 2019]. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1102/pdf_46.
14. Paim JSL, Boiani MB, Freitas TS. Fatores associados a prática e a duração do aleitamento materno no Brasil contemporâneo. Rev Invest 2018; 17(3):66-74. [acesso 18 abr 2019]. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/2422/999>.
15. Urbanetto PDG, Gomes GC, Costa AR, Nobre CMG, Xavier DM, Jung BC. Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar. Rev Cuid Fundam 2018; 10(2):399-05. [acesso 18 abr 2019]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6060/pdf>.
16. Ferreira TDM, Piccioni LD, Queiroz PHB, Silva EM, Vale IN. Influência das avós no aleitamento materno exclusivo: estudo descritivo transversal. Rev Einstein 2018; 16(4):1-7. [acesso 19 abr 2019]. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-16-04-eAO4293/1679-4508-eins-16-04-eAO4293-pt.x37191.pdf.

16. A SAÚDE EMOCIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

*Me. Jonas Rodrigo Gonçalves²
Alessandra Rodrigues da Silva³*

Resumo

Introdução: Os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em especial, a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuam nas unidades de terapia intensiva, estão expostos a ambiente considerado insalubre, no qual prevalece o desgaste físico e emocional devido à grande proximidade aos pacientes em sofrimento e risco de morte. **Objetivo:** analisar a saúde emocional da equipe de enfermagem em contato constante com o sofrimento alheio, identificando o estresse do profissional na situação. **Metodologia:** Essa pesquisa consiste em estudo exploratório e descritivo, no período de 2006 a 2019, realizado por meio de revisão integrativa da literatura, os dados foram coletados através de buscas em bases de dados virtuais: Scielo, BVS. **Hipótese:** espera-se com esse trabalho demonstrar que os profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de terapia intensiva (UTI) estão mais propensos ao desgaste físico, psíquico e social, causado pelo ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Emoção. Terapia intensiva.

Abstract

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) professionals, especially the nursing team (nurses and nursing technicians) who work in intensive care units are exposed to an environment considered unhealthy, where physical and emotional exhaustion prevails because they are close to patients in suffering with risk of death. **Objective:** to analyze the emotional health of the nursing team in constant suffering of others identifying the stress of the professional in this situation. **Methodology:** This research consists of an exploratory and descriptive study, from 2006 to 2019, carried out through an integrative review of the literature, the data were collected through searches in virtual databases: Scielo, BVS. **Hipótese:** this work demonstrates that nursing professionals working in the intensive care unit (ICU) are more prone to the physical, psychological and social burnout caused by the work environment.

Keywords: Nursing team. Emotion. Intensive Care.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisora linguística Roberta dos Anjos Matos Resende; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Doutorando em Psicologia pela UCB. Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Licenciado em Filosofia e Letras. Habilitado em Sociologia, História, Psicologia e Ensino Religioso. Especialista em: Letras (Linguística: Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência do Ensino Superior; Gestão do Agronegócio. Professor universitário. Escritor, autor/coautor de 61 livros. Revisor.

³ Enfermeiro (a) pela Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil

Introdução

A palavra estresse foi difundida na área da saúde em 1926 por Hans Selyer, ao observar a equipe médica esclareceu que há desgaste geral do organismo cada vez que este tem desgaste interno, para a recomposição é necessário adaptar-se e a energia adaptativa é limitada, pois o sujeito está sob posição constante e intensa de tensão, a fadiga do estado físico e mental ocasiona o envelhecimento prematuro e gera vários tipos de doenças¹.

O estresse corrobora com nosso bom desenvolvimento, desde que seja em dose equilibrada, pois colabora para o desempenho das funções psíquicas e orgânicas, como o amadurecimento e a criatividade. Fatores estressantes comprometem a qualidade de vida do grupo, de dimensões profissionais à vida social e biológica, de forma negativa prejudicando o desenvolvimento global das pessoas².

Percebe-se que a UTI, tanto pela equipe atuante, quanto por pacientes e familiares, é vista como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Entre os fatores que geram estresse na equipe, estão o pouco preparo para lidar com a constante presença de mortes, as frequentes situações de emergência, a falta de pessoal e material, o ruído constante das aparelhagens, o despreparo para lidar com as frequentes mudanças do arsenal tecnológico, o sofrimento dos familiares, o conflito no relacionamento entre os profissionais, dentre outros².

Restringir o contato com pessoas fora do local de trabalho torna o ambiente altamente prejudicial à saúde, pois a atenção ao paciente é diferenciada, exige atenção, agilidade e habilidade em emergência extrema, nas quais as vidas dos pacientes estão em risco².

Lugares que geram tensão e estresse motivados pelo relacionamento interpessoal, emoções intensas causadas pelo excesso de exposição constante ao risco de morte, frequência de oscilação entre o sucesso e o fracasso e as exigências impostas à equipe por mais que estimulem, também fazem surgir sentimentos de inadequação, insegurança e impotência, capazes de influenciar de forma negativa relacionamentos interpessoais e a capacidade profissional do indivíduo².

Na identificação de fatores associados ao estresse, as principais causas foram a falta de formação profissional, bem como um ambiente de terapia intensiva inadequado, a exaustão emocional e despersonalização dos profissionais da saúde. É enfatizada a necessidade de desenvolver mais estudos de cortes longitudinais e prospectivas para estabelecer a incidência de estresse relacionado a alguma moléstia, possibilitando avaliar a relações entre fatores estressantes e suas demandas².

Essas características devem ser levadas em conta para futuros estudos objetivando investigar o desgaste dos profissionais de saúde atuantes na terapia intensiva².

Esse artigo descreve as principais causas de desgaste à saúde dos profissionais na unidade de terapia intensiva. Explica a importância do enfermeiro, relata os problemas causados pelo ambiente a este, descreve a relevância do cuidado da saúde do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde que trabalham nesse ambiente.

Metodologia

Este trabalho consiste em estudo exploratório e descritivo. Realizado por meio de revisão integrativa da literatura, um estudo bibliográfico. O estudo

bibliográfico é a revisão da literatura sobre as principais teorias que orientam o trabalho científico, no qual são realizadas pesquisas em artigos científicos. Compreende-se a revisão integrativa da literatura como pesquisa em que são empregadas diferentes metodologias, permitindo a sintetização dos resultados de diferentes estudos relacionados ao tópico de interesse.

Os dados foram coletados através de buscas em bases de dados virtuais: Scielo, BVS. Usados como critérios de inclusão a base de dados no período de 2006 a 2019, disponível gratuitamente para download, com os descritores sobre o tema, conteúdo relevante abordando o estado emocional da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Critério de exclusão artigos, os que não se encontravam em português (língua portuguesa), artigos científicos anteriores ao ano de 2006, e que não tinham assunto referido ao tema.

O quadro 1 contém os 15 artigos científicos selecionados para compor o trabalho, que demonstram assunto referente ao tema com o objetivo de esclarecê-los. Descritores: Equipe de enfermagem, Emoção, Terapia intensiva.

A revisão interativa permite o resumo de múltiplos estudos publicados e possibilita concluir de forma geral e particular cada estudo. Viabiliza o conhecimento e o aprofundamento de determinada área, é pesquisa relevante que dará suporte para a tomada de decisões e melhoria da prática clínica.

De forma clara e específica, está relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos pelo pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro1: Distribuição das literaturas de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem	Queiroz TA et al.	Conhecer o significado de cuidados paliativos ao idoso para a equipe de enfermagem e identificar como ocorrem as interações da família com o idoso na unidade de terapia intensiva.	Pesquisa descritiva, por meio de entrevista semiestruturada e gravada.	Conforme o estudo mostrou, a equipe tem conhecimento sobre cuidados paliativos e reconhece a família como elo entre profissional e idoso. Considera-se, ainda, que a terapia intensiva não é um ambiente apropriado para cuidados paliativos.	2018

<p>Artigo 2</p>	<p>Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência.</p>	<p>Baldissera AE et al.</p>	<p>Conhecer a perspectiva dos profissionais de enfermagem, que atuam na sala de emergência, sobre o processo de morte e morrer.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, por meio de entrevistas semiestruturadas</p>	<p>Os profissionais entendem que a morte faz parte do processo de viver, mas sentem tristeza, frustração e impotência, especialmente, quando o paciente permanece por mais tempo na emergência. Acredita-se que este estudo possa contribuir para que os profissionais se sintam motivados para refletir e discutir sobre cuidados mais humanos e solidários no serviço hospitalar de urgência.</p>	<p>2018</p>
<p>Artigo 3</p>	<p>Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva.</p>	<p>Panuntolo MR, Guirardello EB.</p>	<p>Avaliar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e sua relação com o Burnout.</p>	<p>Estudo transversal de abordagem quantitativa dos dados.</p>	<p>A posição mediadora da exaustão emocional pode influenciar negativamente nos resultados da assistência, havendo, portanto, a necessidade de adoção de estratégias que minimizem esse sentimento no enfermeiro.</p>	<p>2013</p>

<p>Artigo 4</p>	<p>Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva.</p>	<p>Santos JM, Oliveira EB, Moreira AC.</p>	<p>Os objetivos foram identificar os principais estressores e analisar como afetam a saúde do trabalhador de enfermagem.</p>	<p>Pesquisa descritiva, qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada, mediante um roteiro</p>	<p>Os principais estressores do CTI estão vinculados à organização do trabalho, na qual se evidenciou a precariedade das condições laborais, o ambiente ruidoso, as relações conflitantes e as exigências impostas pelo trabalho prescrito. Trata-se de um contexto cujas características organizacionais contribuem para o estresse dos trabalhadores, devendo ser identificados os estressores e abordados preventivamente, com perspectivas para um ambiente de trabalho seguro, o que pode gerar motivação e minimizar os riscos aos quais o grupo está exposto.</p>	<p>2006</p>
<p>Artigo 5</p>	<p>Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados</p>	<p>Martins JT et al.</p>	<p>Desvelar os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem ao cuidar de pacientes com queimaduras.</p>	<p>Abordagem qualitativa.</p>	<p>Existem vivências de sentimentos de prazer e sofrimento e, portanto, estratégias devem ser implementadas pelos gestores e equipe de enfermagem para promover, prevenir os agravos e recuperar a saúde.</p>	<p>2014</p>

Artigo 6	Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados.	Campos GRP, Passos MAN.	Descrever os sentimentos da equipe de enfermagem sobre seu trabalho com crianças da unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte.	Estudo exploratório, qualitativo	Concluiu-se que os profissionais entrevistados, atuantes em Unidade de Queimados são alvo de estresse diário, quase todos os funcionários esquivam desse setor devido à complexidade dos casos de pacientes lá internados. Sugere-se maior divulgação do trabalho desses, bem como do estresse a que são submetidos diariamente, a fim de que sejam promovidas atividades laborais profissionais, diárias e terapias que minimizem os efeitos dessa assistência.	2016
Artigo 7	Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado.	Souza MMT et al.	O estudo objetiva identificar reações causadas pela ostomia, medidas adotadas a partir do desconforto percebido pelo paciente ostomizado e a importância do apoio emocional proporcionado pela enfermagem.	Pesquisa de abordagem qualitativa, por meio de preenchimento de formulário.	Ações de enfermagem necessitam ser sistematizadas para melhor atender as necessidades do paciente ostomizado. Para que ocorra amenização dos incômodos identificados, ressalta-se a importância de sistematização das intervenções de enfermagem e a adoção de medidas de apoio emocional por parte dos enfermeiros.	2016
Artigo 8	O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador.	Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ	Trata-se de estudo descritivo que teve o objetivo de investigar o estresse vivenciado pela equipe de Enfermagem que atua em Unidades de Terapia Intensiva	Entrevista individual semiestruturada	Os sujeitos pesquisados não estão satisfeitos com o ambiente existente na UTI e solicitaram a participação da própria equipe na resolução dos problemas, com o intuito de prevenir e minimizar o estresse.	2006

Artigo 9	Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica.	Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Martins LN.	Identificar estresse ocupacional e síndrome de <i>burnout</i> em médicos e enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal.	Análise de artigos.	Os profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, pela especificidade do seu trabalho, estão expostos ao risco do estresse ocupacional e, conseqüentemente ao <i>Burnout</i> .	2008
Artigo 10	O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico.	Lima PC et al.	Este estudo teve como objetivo compreender o fenômeno experienciado pelos enfermeiros que trabalham em uma central de quimioterapia, frente à possibilidade de morte do paciente deste serviço.	Optou-se pela metodologia qualitativa fenomenológica e, para fundamentar a análise, o referencial filosófico de Martin Heidegger.	A experiência dos enfermeiros, diante da vivência da possibilidade da morte do paciente oncológico, permitiu a estes profissionais vislumbrar a morte como um processo inerente à vida, levando-os a uma reflexão sobre sua própria finitude e percebendo-se impotentes diante da terminalidade, em meio a estes sentimentos, apoiando-se na religiosidade, para superar o sofrimento compartilhado com o ser-cuidado, e cultivando a empatia como mecanismo de compreensão da vivência do outro enquanto ser-no-mundo.	2014
Artigo 11	A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos.	Dutra FCS, Costa LC, Sampaio RF .	Este estudo comparou percepção de saúde e qualidade de vida entre trabalhadores ativos e afastados do trabalho atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba (MG).,	Análise descritiva de questionário aplicado.	Estar fora do mercado de trabalho associou-se a uma pior percepção de saúde e qualidade de vida, dessa forma, ações e políticas para inserção de indivíduos adultos em atividades laborais devem ser incentivadas.	2016

Artigo 12	Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais	Schaef er R, Zoboli ELCP, Vieira M.	Descrever o perfil de enfermeiros e a frequência da ocorrência de fatores de risco de sofrimento moral.	Estudo quantitativo, descritivo e transversal,	O sofrimento moral é uma realidade vivenciada pelos enfermeiros investigados, sendo a identificação dos fatores de risco uma das ferramentas no processo de construção de estratégias de enfrentamento	2018
Artigo 13	Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados.	Andolh e R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa ALS, Padilha KG.	Verificar os níveis de estresse, estratégias de coping e burnout dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI e sua associação com os fatores biossociais e de trabalho.	Estudo observacional, transversal.	O controle do ambiente de trabalho e o sono adequado são fatores decisivos e protetores para enfrentamento das situações de estresse ocupacional.	2015
Artigo 14	Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho.	Campos JF; David HMSL, Souza NVDO.	Este estudo teve como objetivo avaliar os fatores causadores de prazer e sofrimento para o enfermeiro intensivista.	Estudo descritivo, quantitativo	O estudo permitiu compreender melhor a subjetividade impressa no trabalho de enfermagem e reafirmou a importância de analisar a natureza psicossocial do trabalho para o fortalecimento das ações em saúde do trabalhador.	2014
Artigo 15	(Re)Conhecendo o Estresse no Trabalho: uma Visão Crítica.	Silva GN.	Fazer um breve levantamento teórico e revisar as concepções acerca do estresse no trabalho em publicações nacionais.	Visão crítica.	A partir do exposto, considera-se o estresse ocupacional uma condição adoecedora, socialmente produzida, não devendo, portanto, ser reduzida a uma abordagem superficial centrada no indivíduo e/ou nas organizações.	2019

Os cuidados paliativos propõem à equipe multidisciplinar, em especial, a enfermagem na terapia intensiva, o desafio de cuidar com competência científica sem esquecer a valorização do ser humano, independente de sua vida na família. Para serem atendidas, e o cuidado ser integral, urge a equipe resgatar a relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades das pessoas idosas, mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar. Estas pessoas esperam que a relação com os profissionais

seja alicerçada na compaixão, respeito e empatia, de modo a auxiliá-las no processo de morte, valorizando a sua experiência³.

Em estudo foi identificado que esses profissionais concebem o trabalho na sala de emergência como desgastante e estressante, especialmente nos casos com pacientes sem possibilidades terapêuticas. Apoiam-se em estratégias diversas na tentativa de afastar sentimentos negativos relacionados às situações frustrantes do dia e do trabalho, para que esses sentimentos não afetem sua vida pessoal e não interfiram nos cuidados aos demais pacientes⁴.

Os enfermeiros apresentaram nível moderado de Burnout para todas as subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Esses dados se assemelham aos estudos em que esse nível também foi identificado para o domínio exaustão emocional, mas diferem quanto ao domínio despersonalização e realização pessoal. Ressalta-se que a subescala despersonalização apresentou média acima da encontrada em outros estudos⁵.

O sofrimento gera desgaste físico e mental aos profissionais de saúde e está diretamente relacionado às situações estressantes do trabalho, visto que realizam cuidados complexos, repetitivos e lidam com a dor, e muitas vezes com a morte de pacientes queimados. Esses trabalhadores percebem a impossibilidade de solucionar todos os problemas dos pacientes, surgem frustrações e sentimento de impotência, gerando esgotamento mental⁶.

Esses sentimentos surgem constantemente no cotidiano da equipe de enfermagem devido ao confronto com o sofrimento e com a dor do paciente. Muitas vezes, esses trabalhadores se colocam no lugar do paciente e do familiar, sofrendo também. O ato de cuidar de pacientes em estado crítico, cujos quadros clínicos são de constante instabilidade, propicia sentimentos de impotência e insegurança em relação à assistência ou à tomada de decisões, sendo fatores desencadeantes de desgaste e estresse, e por consequência de sofrimento para a equipe de enfermagem⁷.

A equipe de enfermagem lotada na unidade de queimados é destinada a prestar assistência a crianças e deve ser autoconfiante e preparada para viver situações que impõem barreiras, já que lida com episódios repentinos que mesclam vida e morte. O trabalho da equipe neste setor é reconhecido por causar um desgaste devastador, uma vez que o sofrimento destes profissionais está diretamente ligado ao dos pacientes tratados⁸.

Ao perceber que a unidade de queimados é um ambiente complexo e de difícil cuidado, ainda mais quando se trata de crianças, os enfermeiros tendem a buscar outras áreas de trabalho e especializações⁸.

O desenvolvimento de intervenções efetivas direcionadas para a assistência integral durante o tratamento é considerado um desafio para a enfermagem. Requer estratégias de reavaliação positiva, apoio emocional e suporte social, formas ativas e positivas que resultem na adaptação ao processo de enfrentamento do problema⁹.

Refletir sobre como é desempenhado o trabalho mostra sua importância no intuito de buscar as causas e procurar soluções, tendo em vista que o agente estressor continua sempre se repetindo e, quando o organismo não consegue mais se adaptar os sinais e sintomas se desenvolvem, podendo resultar em doença¹.

Sintomas capazes de identificar o estresse, tais como a incapacidade de relaxar, a insônia, as atitudes não cooperativas, as mãos frias, os problemas com a memória, a enxaqueca, os pesadelos, a sudorese, a irritabilidade excessiva e a

perda do senso de humor, foram também manifestados pelos sujeitos deste estudo, alguns com maior frequência¹.

É necessário que os enfermeiros, em especial os que ocupam cargos de chefia, estejam atentos às manifestações de sinais e sintomas sugestivos de estresse que o grupo possa apresentar, passando a intervir com antecedência, evitando assim maiores consequências¹.

A UTIs são locais que geram tensão e estresse, motivados pelo relacionamento interpessoal, emoções intensas causadas pela constante exposição ao risco de morte, pela frequente oscilação entre sucesso e fracasso e pelas exigências impostas à equipe. A Parir daí, surgem sentimentos como a inadequação, insegurança e impotência capazes de influenciar negativamente os relacionamentos interpessoais e a capacidade profissional, criando um círculo vicioso. As dificuldades de relacionamento interpessoal com os familiares dos pacientes, os relacionamentos difíceis com alguns membros da equipe multiprofissional, o desejo de abandonar o trabalho, a exaustão emocional, a falta de realização profissional, a sobrecarga de trabalho, tais como a superlotação, a falta de preparo da equipe técnica, o espaço físico inadequado, entre outros fatores, influenciam de forma negativa a qualidade de vida no trabalho².

Mesmo que na maioria das vezes não percebem a dimensão de suas ações de cuidar, os enfermeiros se apresentam como ser-com o paciente oncológico, que também é um ser humano. Em suas ações e intervenções, promovem abertura ao outro, que favorece o cuidado. Ao cuidar do paciente oncológico em sofrimento, o profissional começa a refletir sobre a sutileza da vida e muitas vezes percebe o quanto é impotente diante da morte. Nesse contexto, sensações de inutilidade afloram, especialmente quando percebem a inevitabilidade da morte¹⁰.

Para o enfermeiro, enquanto ser-cuidador dos pacientes oncológicos, lidar com os aspectos psicológicos decorrentes da finitude, tem sido uma dificuldade devido à falta de capacitação para o manejo do problema. Nesse contexto, apreende-se que o ser-cuidador, tal qual o ser-cuidado, necessita de ajuda¹⁰.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, assumem uma grande importância na sociedade, pelas características do trabalho que desenvolvem e pelo seu elevado grau de responsabilidade sobre a vida e a saúde das pessoas¹⁰.

São ainda escassas as pesquisas acerca da existência de depressão e burnout nos enfermeiros, e por isso, avaliamos a importância de aprofundar o estudo da relação entre estes conceitos, com eficácia das estratégias de prevenção destes problemas em argumento laboral e à promoção da saúde mental e psicológica dos enfermeiros, no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados aos doentes¹¹.

A possibilidade de avaliar e comparar a qualidade de vida de trabalhadores ativos e trabalhadores que estão fora do mercado de trabalho permite demonstrar o quanto o envolvimento e a participação em atividades laborais podem ter influência positiva na percepção de saúde e na qualidade de vida da população em idade adulta¹¹.

A percepção de saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores afastados da atividade laboral foram significativamente piores quando comparados aos trabalhadores ativos. O trabalho geralmente é o mais importante meio de obtenção de bem-estar e plena participação na sociedade, atendendo às necessidades psicossociais importantes para a identidade individual, papéis sociais e status social.

Ainda que seja pouco discutido como um desgaste do trabalho, o sofrimento moral é um fenômeno que não deve ser negligenciado¹².

A enfermagem como profissão é reconhecida há mais de 50 anos e considerada até então, como uma das mais estressantes¹³.

Como a enfermagem não permaneceu de fora de toda a modificação desse contexto produtivo e exploratório, nota-se também nessa profissão há presença do estresse ocupacional. Ao tentar compreender essa situação, certamente será possível elucidar problemas como insatisfação profissional, baixa produtividade, absenteísmo, doenças ocupacionais, entre outros. A preocupação com a questão do estresse na atualidade refere-se à associação com o adoecimento ou sofrimento que provoca no trabalhador. Diversos são os sintomas físicos, os mais comumente apresentados são a fadiga, dores de cabeça ou no corpo, insônia, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência. Estudos demonstram associações entre estresse no trabalho e desordens psiquiátricas menores, doenças do sistema digestivo, desordens musculoesqueléticas, autoavaliação negativa do estado de saúde, absenteísmo no trabalho, doenças cardiovasculares e seus principais fatores de risco, tais como a hipertensão arterial e hábitos pouco saudáveis como o tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas¹⁴.

O estresse ocupacional pode provocar sérios danos tanto ao trabalhador quanto para as organizações: irritação, impaciência, desmotivação, queda de produtividade, dificuldades interpessoais, falta de envolvimento com o trabalho e a organização e fârmaco dependência licenças médicas e absenteísmo, são inúmeras as consequências negativas ocasionadas pelo estresse, centrando em causas e consequências em geral, estão presentes no ambiente de trabalho e têm características e comportamentos individuais, passando a problematizar também a organização do trabalho a partir da lógica capitalista e sua relação com a produção e a reprodução de um ambiente de trabalho estressante¹⁵.

Certamente ao incrementar um plano de ação deve-se reunir os gestores hospitalares e os trabalhadores para controlar os níveis de stress ocasionados por desgaste profissional e medir a satisfação no trabalho, a participação e a comunicação entre os colaboradores e direção¹⁵.

Considerações finais

Ao analisar os artigos referentes à pesquisa sobre a saúde emocional da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, foi identificado que o profissional precisa de auxílio não apenas no campo do conhecimento científico, mas deveria ser tratado como um ser que cuida e também precisa de cuidado para não absorver toda a carga negativa de um ambiente de trabalho estressante.

Referências

1. Coronetti A, Nascimento ERR, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina-RS, p.36-43, 2006.
2. Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Martins LN. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e

neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Rev Bras Ter Intensiva., São Paulo, p.261-266, 2008.

3. Queiroz TA et al. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Ceará, p.1-10, 2018.

4. Baldissera AE et al. Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. Rev. Enferm Ufpe On Line, Recife - Pe, p.1317-24, maio 2018.

5. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. Rev. Latino-am. Enfermagem, Campinas-sp, jun. 2013.

6. Santos JM, Oliveira EB, Moreira AC. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. Rev. enferm. UERJ. 2006;14(4): 580-5

7. Martins JT et al. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, p.522-526, set. 2014.

8. Campos GRP, Passos MAN. Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados. Revista Brasileira de Queimaduras, Brasília-DF, p.35-41, 2016.

9. Souza MMT et al. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. Revista Portuguesa de Saude Mental, Rio de Janeiro, maio 2016.

10. Lima PC et al. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, p.503-509, set. 2014.

11. Dutra FCS, Costa LC, Sampaio RF . A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter. Pesqui.* 23(1): 98-104. 2016.

12. Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(4).

13. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa ALS, Padilha KG et AL. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. Rev. Esc. Enferm USP · 2015; 49(Esp):58-64.

14. Campos JF; David HMSL, Souza NVDO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. *Esc. Anna Nery.* 2014, 18(1):90-95.

15. Silva GN. (Re)Conhecendo o Estresse no Trabalho: uma Visão Crítica. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 2019. 12(1): 51–61.

17. RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO¹

Mizael Maciel Lima²
Dra. Haline Gerica de Oliveira Alvim³

Resumo

O presente trabalho teve como principal motivador a necessidade de informar sobre os riscos de se automedicar sem prescrição médica, apresentado um apanhado teórico sobre o tema "Risco da Automedicação". Com o intuito de construir uma reflexão para o uso desenfreado de medicamentos. Perante a necessidade social da utilização da saúde constata-se o aumento da demanda pelo consumo de medicamentos de necessidades básicas, assim como os de necessidades especiais. A justificativa do trabalho é evidenciada através O amplo uso de medicamentos sem orientação médica, que na maioria das vezes é acompanhado pelo desconhecimento dos riscos que pode causar. A metodologia usada consistiu em leituras e estudos de bibliografias relacionadas com a temática.

Palavras-chave: Automedicação. Riscos. Medicação. Farmácia.

Abstract

The present study had as main motivator the need to inform about the risks of self-medication without prescription, presenting a theoretical survey on the topic "Risk of Self-medication". With the intention of constructing a reflection for the unrestrained use of medicines. In view of the social need to use health, there is an increase in the demand for the consumption of basic needs medicines, as well as those of special needs. The justification of the work is evidenced through the widespread use of medicines without medical guidance, which most of the time is accompanied by the ignorance of the risks that can cause. The methodology used consisted of readings and studies of bibliographies related to the subject.

Keywords: Self-medication. Scratches. Medication. Pharmacy.

Introdução

Com a evolução da sociedade o estado tem permeado a intenção de intervenção nas relações sociais o que se ampliou no Brasil depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, a intensão do estado brasileiro é de proteger os direitos fundamentais, melhorar as relações privadas a fim de resguardar o cidadão, com a constitucionalização do Direito Civil, Penal e Constitucional. Neste sentido a família sofreu uma intervenção direta do estado Brasileiro.¹

A saúde está relacionada a um dos eventos mais traumatizantes perante os brasileiros relacionados a assistência do estado, sofrendo impacto nos seus direitos constitucionais. As discussões sociais sobre o tema do risco da automedicação trazem

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Graduando de Farmácia – Faculdade Sena Aires-FACESA

³ Possui graduação em Química Bacharelado pela Universidade de Brasília (2011), mestrado em Tecnologias Química e Biológica pela Universidade de Brasília (2013) e doutorado em Química pela Universidade de Brasília (2017).

polêmicas como a questão do atendimento ao cidadão, que trazem a luz do direito constitucional a saúde.¹

Automedicação é o uso de medicamentos sem prescrição médica e está cada vez mais comum. A pessoa doente ou uma pessoa responsável por ela compra, produz ou utiliza algum medicamento que acredita lhe fazer bem ou para trazer benefícios a saúde.²

A propaganda em massa de medicamentos, influência muito na prática da automedicação, porém existem outros fatores como o péssimo serviço de saúde e a facilidade de comprar medicamentos sem consulta médica.¹

Mesmo em uma sociedade privilegiada, com bom poder aquisitivo, a prática vem ganhando espaço, pois em uma sociedade com uma vida corrida, stress do dia-a-dia, busca-se soluções imediata para não ser preciso interromper suas atividades diárias.²

Um estudo realizado sobre farmácia caseira revelou que 97% das residências visitadas possuíam ao menos um medicamento estocado, e o número de medicamentos estocados variou de 1 a 89 itens (média de 20 itens). Cerca de 55% dos medicamentos em estoque foram adquiridos sem prescrição médica. Do número total, 25% estavam vencidos e destes, 24% continuavam sendo utilizados.¹

Diante da situação, é preciso alertar a população quanto a automedicação, usando medicamentos de forma irregular. Desta forma, a prática pode levar a resultados não esperados como o agravamento da doença.²

Método

Realizou-se um estudo de revisão por meio de uma pesquisa bibliográfica, além da pesquisa descritiva, sobre os Riscos da Automedicação, relatando assim como a situação atual mediante a capacidade de a assistência aos pacientes no Sistema Único de Saúde. Realizado sobre os assuntos em questão, recolhendo os dados necessários para a efetuação do trabalho através da participação sistemática e observação.

A metodologia abordada é uma pesquisa de natureza qualitativa, por meio de uma revisão de levantamento bibliográfico. Tendo como fonte de pesquisa repositórios de demanda teórica reconhecidos como dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), biblioteca virtual da saúde, Google Acadêmico sendo selecionados artigos e teses dentre os anos de 2012 a 2018.

Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram os artigos científicos de pesquisa que apresentem dados sobre a Prevalência dos Riscos da automedicação, disponibilizados na íntegra, gratuitamente, na língua portuguesa. Foram excluídos os artigos que não condizem com a linha de pesquisa, da mesma forma artigos repetidos nas bases de dados e os artigos de revisão.

Revisão Bibliográfica

O Desenvolvimento Científico e Tecnológico, deve ser aplicado com a atualização tecnológicas farmacêutica com intuito de manter os medicamentos sempre atualizados. Essa conduta pode ser efetivada e ampliada com as pesquisas na área da fauna e flora nacional.⁵

Segundo a Promoção da Produção de Medicamentos, consiste em promover a articulação das atividades de produção de medicamentos especificamente.⁴

A Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos, consiste em regulamentar os medicamentos de forma sanitária e fiscal evitando a

automedicação.⁵⁻⁶

Não menos importante a última diretriz diz respeito ao desenvolvimento e capacitação de recursos humanos que abrangerá todas as diretrizes anteriores. Conforme explica a Política Nacional de Medicamentos. O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação Inter setorial, de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos – em quantidade e qualidade – cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.¹

A gestão da Política de Atenção à Saúde seja particular ou pública deve estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais proporcionando um melhor e mais rápido atendimento do cidadão perante as suas necessidades.²

As políticas de saúde deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos atendimentos ao cidadão como forma de diminuição da automedicação dos indivíduos, seja no âmbito do SUS, seja no sistema particular.⁶

A automedicação é o consumo indiscriminado de medicamentos. A prática é influenciada por vários motivos, dentre eles a facilidade, seja na hora da compra ou na utilização do medicamento. É um problema de saúde pública e necessita de orientações para o consumo racional evitando reações e complicações indesejadas.³

Em 2020 os idosos poderão representar 13% da população. Segundo especialistas, o país em 2025, será sexto do mundo em números de idosos, o que requer cuidados especiais.³ Com o aumento de idosos, surgem novos desafios aos profissionais de saúde, pois o envelhecimento traz fragilidade aos órgãos e tecidos, elevando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo elas diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica dentre outras.⁴

Em idosos essa prática traz riscos ainda maiores e mais graves em vários aspectos. O envelhecimento do ser humano, traz consigo fragilidades em vários órgãos e tecidos além de alterações funcionais, além de apresentar comorbidades (mais de uma doença ao mesmo tempo.) O idoso também apresenta diminuição nas funções dos RINS e FIGADO. Dessa forma o medicamento vai agir de forma diferente, podendo ficar no organismo por muito mais tempo que em uma pessoa mais jovem, que possui as funções normais.²⁻⁴

Os motivos frequentes encontrados que levam o idoso a automedicar são: dor, febre, diarreia, pressão alta e tosse. O acesso fácil a medicações e a falta da conscientização do uso de medidas não farmacológicas são fatores que podem estar contribuindo para o aumento do consumo de medicações sem receita médica. Quanto aos principais fármacos consumidos sem prescrição em idosos.⁵

Os medicamentos que estão entre os mais consumidos sem prescrição médica são: dipirona, ácido acetilsalicílico, diclofenaco, Ginkgo biloba, paracetamol e homeopáticos.⁶ Os idosos usuários do SUS, menos desprovidos quanto à escolaridade e renda, estão mais vulneráveis a automedicação e precisam de cuidados especiais e orientações adequadas.⁷

Um dos principais fatores que provocam a automedicação é constatada perante a falta de medicamentos no Sistema Único de Saúde, assim como pelo autovalor dos medicamentos que provocam o enriquecimento quase que obscuro das redes de laboratórios e farmácias em prol das condições alarmantes da saúde no nosso país.

3-4

É necessário a ampliação da atenção básica em saúde no nosso país para que

a população tenha os seus direitos respeitados e as suas demandas por medicamentos atendidas. Essa atenção básica de saúde é um conjunto de ações propostas pelo poder público inseridas em políticas públicas para a saúde do cidadão com o intuito de diminuir a falta de assistência a saúde, que por sua vez ainda tenta recuperar a execução dos atendimentos da saúde pública do nosso país.¹⁰

Muitas vezes o cidadão se auto medica mediante o fato de não ter um bom atendimento básico nas unidades de saúde oferecidas pelo Sistema único de Saúde. Neste contexto a assistência a saúde pública do SUS é de proporcionar ao cidadão a sua maior acessibilidade aos medicamentos e ao atendimento básico de saúde em primeiro plano, por meio de uma hierarquização de protocolo de atendimentos, descentralização da saúde pública propiciando postos de saúde de baixa complexidade em bairros para que os hospitais centrais e principais não fiquem superlotados mediante a procura de pacientes que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde, garantindo assim políticas públicas de atendimento ao cidadão.¹¹

Desta forma a atenção integrada a saúde consiste em um atendimento de qualidade disponível a população, no entanto o indivíduo representado por uma demanda muitas vezes deferida por viroses ou até mesmo atendimento de baixa complexidade, tende a se deslocar para hospitais maiores, provocando assim a superlotação e o desfite de ações positivistas nesse contexto.¹⁰

A automedicação no contexto da integração da saúde se aplica mediante a falta muitas vezes de medicamentos nos postos de saúde ou até mesmo nos hospitais, desta forma a população desassistida muitas vezes procura paliativos inconsistentes como medicamentos como analgésicos, anti-inflamatórios entre outros que não precisam de receitas médicas e são de fácil acesso nas farmácias.⁹

No entanto pesquisas demonstram que o aumento da automedicação por meio de analgésico que são medicamentos de fácil acesso tem provocado cada vez mais o crescimento de dependência dos mesmos mediante a sua facilidade de acesso.⁹

É necessário o desenvolvimento de campanhas publicitárias definidas e explorando os perigos do consumo de medicamentos sem receita ou qualquer consulta médica, mediante principalmente aos adultos e idosos que representam uma fatia grande no consumo desenfreado de medicamentos.¹¹

Nesta abordagem é permitido se falar da participação da sociedade organizada mediante a força de pressão social mediante o poder público e seus representantes para que cada vez mais sejam relatadas atuações e efetivadas políticas públicas de melhoria ao acesso a medicamentos e diminuição da automedicação por parte da população.¹³

Para que estas ações ocorram é necessário uma verdadeira mobilização das organizações não governamentais como ONGs, sociedade civil organizada, poder público, forças de segurança que podem auxiliar de diferentes formas nas ações empreendidas nas localidades de difícil acesso e de cada um dos cidadãos envolvidos que é para eles que estas ações devem ser desenvolvidas e desempenhadas.⁸⁻⁹

As políticas públicas para o fornecimento do sistema de saúde pública no Brasil têm que ser ampliadas para uma maior capacidade de atendimento a sociedade. Esses enfermos muitas vezes necessitam de medicamentos especializados e incomuns que demandam por vezes ações judiciais para que os remédios ou tratamentos sejam realizados.⁷

De acordo com a Política Nacional de medicamentos, para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, pelo menor custo possível, é preciso que se faça conjuntamente com gestores do SUS, nas três esferas de Governo, ações direcionadas ao acesso desses medicamentos.⁷⁻⁸

Segundo a Regulamentação Sanitária de Medicamentos, que consiste em gerenciamento dos medicamentos por parte de uma equipe que seleciona, valida sua aplicação e assegura sua aplicação assim como seu descarte no caso de vencimento do produto.⁹

Conforme a Reorientação da Assistência farmacêutica, aplicada a restringir e distribuir e aquisição dos medicamentos, na qual seria destinada a promoção de atitudes de promoção para distribuição dos medicamentos.¹⁰

Segundo a Promoção do uso Racional de Medicamentos, sendo desempenhado pelos gestores do SUS, na qual o medicamento deve ser indicado em casos como pandemias e ações emergenciais perante a população com a divulgação de como a população deve utilizar e como deve ser aplicada pelos profissionais de saúde.⁹

Observa-se que o Brasil tem um sistema público de saúde considerado um dos maiores e mais modernos em sua concepção, o Sistema Único de Saúde (SUS). Que a partir de sua criação, com o advento da Constituição Federal/1988, redefiniu o conceito de saúde ampliando como “direito de todos e dever do estado”, e assim preconizando a sua oferta à população de forma integral, universal e gratuita, financiada com recursos provenientes do orçamento da União, Estados e Municípios¹⁶.

A automedicação vem sendo uma alternativa para que o cidadão não tenha que enfrentar filas imensas em postos de saúde públicos. No entanto a automedicação pode trazer riscos imensos a saúde, pois a combinação de diversos medicamentos pode acarretar reações adversas no nosso corpo desde reações alérgicas a evolução do óbito¹⁷. Apesar que, os idosos com menor grau de escolaridade praticavam a automedicação com maior. Em estudo realizado no nordeste do Brasil, os idosos mais desfavorecidos socioeconomicamente praticavam mais a automedicação. Isso pode ser explicado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela pior conscientização sobre os riscos que essa prática pode causar. Dados apontam para o uso de maior quantidade de medicamentos entre idosos de renda mais alta¹⁶.

A consequência da automedicação pode ser irreversível proporcionando ao indivíduo problemas em órgãos como insuficiência renal, aumento da diabetes, insuficiência cardíaca. Na realidade os medicamentos só podem ser utilizados por intermédio da prescrição médica, pois, esse profissional está capacitado a receitar desde um simples analgésico até mesmo remédios mais específicos como os medicamentos oncológicos¹⁸.

Diversos estudos relatam que a automedicação geralmente é utilizada por adultos com um certo nível de escolaridade mais elevado, por esses indivíduos correlacionarem os conhecimentos de vivência em causa própria. A distribuição de medicamentos e o atendimento adequado à saúde podem reduzir os riscos de efeitos adversos e potenciais agravos que o uso irracional de medicamentos pode gerar à saúde. Entretanto, a distribuição gratuita de medicamentos não garante seu uso adequado. A capacidade do brasileiro em se adaptar as diversas adversidades inclusive financeira servem como incentivo para a automedicação.¹¹⁻¹⁵

Conclusão

No texto apresentado encontra-se as possibilidades e as reações adversas perante os riscos da automedicação representada pela compilação dos artigos apresentados como forma de referência teórica para que os estudos sobre os temas e suas reflexões venham a ser apresentadas nos estudos futuros.

A automedicação encontra incentivos no atual estado de situação que se

encontra a saúde pública no nosso país. No entanto, apesar de haver atendimento de forma precária no sistema único de saúde se encontra, como forma alternativa evidencia-se as clínicas de atendimento popular, com valores mais acessíveis a maioria da população.

Essa atitude de se automedicar pode estar ligada a incidência de outras doenças mediante ao uso indiscriminado sem conhecimento aprofundado sobre os riscos a saúde acarretando o agravamento de uma doença, uma vez que a utilização inadequada pode esconder determinados sintomas, o abuso de medicamentos pode facilitar o aumento da resistência de microorganismos, o que compromete a eficácia do tratamento, dessa maneira incorreta pode trazer ainda, consequências como: reações alérgicas, dependência e até a morte.

Os idosos ocorrem na utilização da automedicação perante as informações que são difundidas erroneamente. Como forma de incentivo da automedicação se pode citar automedicação por costumes, por fatores econômicos, falta de costume de ir ao médico, falta de tempo

É necessária uma campanha para promover a não automedicação entre os adultos e idosos para que possa servir como uma ação pública de conscientização das ações impensadas desta atitude, sendo assim possibilitando o planejamento do uso racional de medicamentos, promovendo assim condições de saúde individual e coletiva, tendo por base a realização de projetos preventivos ou curativos.

No entanto a legislação brasileira não tem sido suficiente para garantir o que preceitua, ainda que regido por princípios doutrinários e organizativos, com fundamentação jurídica na Constituição Federal de 1988, e com sua organização e operacionalização do atendimento ao público regulado pelas Leis Orgânicas Lei 8.080/90 e 8.142/90 e outros decretos, portarias conjuntas e normativas do Ministério da Saúde, que promovem o atendimento de qualidade ao cidadão.

Desta forma muito dos cidadãos preferem se automedicar ao invés de enfrentar as situações humilhantes do Sistema Único de Saúde. Buscou-se, ao longo do presente trabalho, discorrer sobre a importância dos riscos da automedicação e de suas motivações e a problemática das demandas da população por medicamentos.

Conclui-se que o objetivo principal do presente artigo foi alcançado, que foi avaliar a incidência de pessoas que utilizam a prática da automedicação em Valparaíso de Goiás e quanto a medicação racional de medicamentos para fazer uma análise de dados.

Referências

1. Rossi T, Iozovoy AB, Silva RV, Geraldino TH, Costa IC, Saridakis HO, Watanabe MAE, Felipe I, Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, 32 (1), 2011, 15-28.
2. Sgarbi DBG, Barbedo LS, J bras Doenças Sex Transm, 22(1), 2010, 22-38.
3. Bandeira YRSV, Sabadin, CES J Oral Invest, 5(2), 2016, 33-39.
4. Alvares, C ;Svidzinski, TIE, Consolaro, MEL. J. Bras. Patol. Med. Lab. 43(5), 2007,319-327

5. Ataídes FS, Abrão FY, Costa CR, Silva MRR, Pimenta FC, Palos MAP, Souza LKH, Rev. Eletr. Enf.;12(3), 2010, 498-501.

6. Unfer DT, Neto MM, Danes CC, Saúde, 31(1-2), 2005, 16-26.

7. Figuras retirados dos sites: <http://santosmedicina.com.br/temas-de-uropologia/candidiase-no-penis/>; <http://newsmedicinetoday.com.br/candidiase-de-pele-e-unhas/>; Biosom.com.br; qsota.com/seborrhea/; Dst.com.br; omundodamulhersoberana.wordpress.com/2016/07/26/candidiase/; medsimples.com/candidiase-vaginal/; www.vidaativa.pt/a/candidiase/; acessados 15 de novembro de 2018.

8. Gompertz OF, Boatto HF, Girão MJBC, Moraes MS, Francisco EC, Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 37(7), 2015, 314-318

10. Correia AS, Silva GVF, Chagas M, Nascimento IMR, Lessa MC, Júnior TRC, Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 3(1), 2018, 628-638.

11. Material retirado da internet, disponibilizado no site: <http://editoraestrategica.com.br/>. Acessado: 18 de Abril de 2018 Médico formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (U.F.R.J) em 2002. Especialista em Medicina Interna e Nefrologia. Títulos reconhecidos pela Faculdade do Porto, Ordem dos Médicos de Portugal e Colégio de Nefrologia Português

12. Isolamento de Candida spp. no mamilo de lactantes do Banco de Leite Humano da Universidade Federal do Ceará e teste de susceptibilidade a antifúngicos (Everardo Albuquerque Menezes¹; Anne Cristina Pinheiro Guerra²; Rita de Cássia Barros Rodrigues³; Maria Marly Lopes Vieira Peixoto⁴; Liliane Santiago Lima²; Francisco Afrânio Cunha⁵)

13. Rev. Bras. Enferm. vol.31 no.2 Brasília 1978 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719780002000007> Estudo da candidíase do recém-nascido (maria lucia cardoso dos santos)

14. O papel dos parceiros sexuais sintomáticos e assintomáticos nas vulvovaginites recorrentes, (Humberto Fabio Boatto, Manoel João Batista Castello Girão, Maria Sayonara de Moraes, Elaine Cristina Francisco, Olga Fischman Gompertz).

15. BARCELLOS, Ana Paula de. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. Revista da Defensoria Pública, a.1, n.1, jul./dez.2018, p.136.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos** 2001- Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Acesso em: 2 de Maio de 2019.

17. LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. Direito à saúde: a problemática do

fornecimento de medicamentos. Cadernos Jurídicos, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 105-127, maio/ago. 2009.

18. SARLET, Ingo Wolfgang. Eficácia dos Direitos Fundamentais. 12ª Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015. Citou - J.J.G. Canotilho, Direito Constitucional e Teoria da Constituição, 7ª Ed. Coimbra: Almedina, p. 418, 2013.

18. CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO DEFRENTE A ATENUAÇÃO DO MELASMA DURANTE E DEPOIS DA GESTAÇÃO¹

*Me. Victor Gomes de Paula²
Esp. Diego Nunes Moraes³
Anderson Silva de Oliveira⁴*

Resumo

Introdução: Durante o processo gestacional, é possível encontrar três grupos de problemas de pele, que são eles, as irritações provocadas por doenças dermatológicas já existentes, o surgimento de alterações consideravelmente fisiológicas e as manifestações de dermatoses próprias do processo gravídico-puerperal. **Objetivo Geral:** investigar as contribuições do farmacêutico diante do melasma durante e/ou após a gestação. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa e descritiva **Resultados:** O melasma está associado à fatores de risco tais como a utilização de anticoncepcionais, intensa exposição solar, pré-disposição genética e gravidez. Estudos mostram que com a descoberta do melasma houve um grande avanço no tratamento feito com a hidroquinona. **Considerações Finais:** Sobre o período gestacional, parto e puerpério, podemos considerar que é a fase mais importante na vida da mulher e por diversas vezes e acarretado de manifestações dermatológicas. Entretanto, a existência de artigos científicos acerca da continuidade do uso de protetor solar, sobre os riscos da exposição solar e os impactos negativos que o melasma trás consigo durante o processo gravídico-puerperal são insuficientes. Por sua vez o farmacêutico tem um papel muito importante, em orientar as gestantes sobre o uso de fármacos durante a gravidez, pois a maioria dos fármacos são prejudiciais tanto para a formação do bebê, quanto para mãe. Portanto, a partir dessas premissas, o farmacêutico deve conscientizar as gestantes a priorizar a saúde em primeiro lugar, assim como a do bebê e dar início ao tratamento das manchas somente após o período do parto e do puerpério.

Palavras-Chave: Melasma. Gestante. Farmacêutico.

¹ © Todos os direitos reservados. A Editora JRG e a Revista JRG de Estudos Acadêmicos não se responsabilizam pelas questões de direito autoral deste artigo, sendo os autores do mesmo os responsáveis legais. Créditos: revisão linguística feita pelos autores deste artigo; diagramador Daniarly da Costa; editor Jonas Rodrigo Gonçalves.

² Doutorando em Microbiologia pela UnB (2019). Mestre em Educação pela UCB (2016). Especialista em Gestão de Sala de Aula em Nível Superior pelo UNIDESC (2011) e em Análises Clínicas pelo Centro Universitário UNIEURO (2008). Bacharel em Biomedicina - CRBM 3075 pelo UniCEUB (2007). Atualmente é professor tempo integral da área da saúde, responsável pelas disciplinas de Microbiologia, Diagnóstico Microbiológico, Imunologia, Citologia e Histologia, TCC I e Metodologia da Ciência dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição. É coordenador do curso de Farmácia, do Núcleo de Extensão - NEXT do UNIDESC e do curso de especialização em Análises Clínicas na mesma instituição. É membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA), como representante do corpo docente. Foi supervisor dos Coordenadores da área da saúde dos cursos do UNIDESC, responsável pela Gestão de seleção e captação de docentes e gestor do controle da folha de pagamento dos docentes. Foi Microbiologista do Laboratório do Hospital Maria Auxiliadora - HMA e Responsável Técnico do laboratório (RT) substituto (2013) e Microbiologista do Hospital Regional de Santa Maria - HRSM pela empresa Biofast (2011).

³ Farmacêutico generalista (UNIDESC), especialista em Gestão de Sala de Aula (UNIDESC);

⁴ Acadêmico do curso de Farmácia (UNIDESC);

Abstract

Introduction: During the gestational process, it is possible to find three groups of skin problems: irritations caused by existing dermatological diseases, the appearance of physiological changes and the manifestations of dermatoses characteristic of the pregnancy-puerperal process. **Objective:** To investigate the pharmacist's contributions to melasma during and / or after gestation. **Methods:** This is a qualitative and descriptive bibliographic review. **Results:** Melasma is associated with risk factors such as contraceptive use, intense sun exposure, genetic predisposition, and pregnancy. Studies show that with the discovery of melasma there was a great advance in the treatment made with hydroquinone. **Final Considerations:** On the gestational period, in the puerperium and in the puerperium, we can consider that it is the most important phase in the life of the woman and several times and caused by dermatological manifestations. However, the existence of scientific articles about the continuity of the use of sunscreen, the risks of sun exposure and the negative impacts that melasma brings with it during the pregnancy-puerperal process are insufficient. In turn, the pharmacist has a very important role in guiding pregnant women about the use of drugs during pregnancy, since most drugs are harmful for both the baby and the mother. Therefore, based on these premises, the pharmacist should educate pregnant women to prioritize health in the first place, as well as that of the baby and to start treatment of blemishes only after the delivery and puerperium period.

Keywords: Melasma. Pregnant. Pharmaceutical.

Introdução

No decorrer do processo gravídico, é viável apontar três grupos de problemas de pele, dentre eles, a irritação de doenças dermatológicas já existentes, manifestações de dermatoses próprias do processo gravídico e o surgimento de alterações consideravelmente fisiológicas. Contudo no primeiro grupo, enquadram-se as mulheres que antecedente à gestação apresentam uma doença dermatológica, dentre elas, hanseníase, pênfigo, dermatite atópica, lupus eritematoso e psoríase. Estas doenças apresentam maior sensibilidade ao agravamento do que a sua evolução ao longo deste período, determinando uma maior assistência dermatológica (VERGNANINI, 2006).

Para Alves, Nogueira e Varella (2005), no segundo grupo, estão as mulheres grávidas que são acometidas por dermatoses próprias do período gestacional. São erupções que acontecem somente no decorrer da gestação e por elas são provocadas. Enquadram-se neste grupo a coceira da gravidez, erupção polimórfica da gravidez, foliculite pruriginosa da gravidez e penfigoide gestacional. As doenças que acometem estes grupos podem causar danos e riscos ao bebê e à mãe na dependência de fatores, como riscos de infecção, expansão e profundidade das lesões, tipo de tratamento e alterações das necessidades básicas como sono, alimentação e estado emocional. No terceiro grupo, enquadram-se mulheres grávidas com alterações fisiológicas da pele.

Segundo Suzuki *et. al* (2005), os achados dermatológicos mais frequentes durante o período gestacional são as modificações fisiológicas. De maneira geral, as respostas fisiológicas não provocam efeitos sobre o bebê nem ocasionam comprometimento interno para a mãe já que não prejudicam a saúde física, porém algumas podem ser dermatologicamente importante e esteticamente expressivas.

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD (2006), no decorrer

do período gestacional, a falta de conhecimento sobre as alterações fisiológicas da pele, pelos profissionais de saúde, pode desencadear duas situações com repercussão negativa, são elas, a extensão do acometimento cutâneo enfrentado pelas gestantes e o desenvolvimento de investigações e tratamentos desnecessários.

O objetivo geral do presente artigo procurou investigar as contribuições do farmacêutico diante do melasma durante e/ou após a gestação. Como objetivos específicos teve o seguinte: entender a etiologia e fisiopatologia das manchas gravídicas, principalmente o melasma, resumir sobre os insumos farmacêuticos naturais e/ou sintéticos que amenizam tais manchas e apresentar as principais condutas farmacêuticas relativas ao consumo de produtos cosméticos de amenização do melasma.

Diante dos objetivos apresentados, procurou-se responder o seguinte problema de pesquisa: Qual a contribuição que o farmacêutico pode proporcionar a mulher acometida por melasma antes/após a gestação?

Procedimentos metodológicos

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, buscando mostrar a averiguação da assistência farmacêutica diante de manchas pigmentares da pele em gestantes.

Segundo De Souza, Da Silva e De Carvalho (2010) a pesquisa bibliográfica por sua vez é uma das melhores formas de iniciar um estudo, consiste em buscar diferenças e semelhanças entre os artigos levantados nos documentos de referência. A coleta de dados realizada por meios eletrônicos é um grande avanço para os pesquisadores, popularizando o acesso e viabilizando à atualização frequente.

Essa revisão foi feita através de artigos científicos disponibilizados em plataformas de busca, em sites como Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Revista Saúde em movimento, Conselho Federal de Farmácia (CFF), Revista Brasileira de Farmácia (RBFARMA), e Google acadêmico Nas pesquisas foram usadas as seguintes palavras chaves: melasma, gestante, farmacêutico.

Foram utilizados 33 artigos acadêmicos sendo que 28 nacionais e 05 estrangeiros.

Referencial teórico

Os autores Maciel e Oliveira (2011) comentam que o tegumento consiste na pele e seus anexos: glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas, folículos pilosos, unhas e pelos. A pele, ou pele, é o maior órgão do corpo humano, ocupando uma área média de 2 m², o que corresponde a cerca de 10 a 16% do peso corporal total, representando uma média de 70% da composição química da água. O mesmo, variando de acordo com a região do corpo (GOMES e DAMAZIO, 2009).

Constitui de tecidos ectodérmicos e mesodérmicos dispostos em três camadas distintas: epiderme, derme e hipoderme. A pele tem múltiplas funções, tais como: proteção contra agentes físicos, químicos e biológicos do ambiente (relativamente impermeável), regulação de temperatura, excreção tátil e produção de vitamina D (SANTOS, 2012).

Para Oliveira (2011), a epiderme, camada superficial composta por células epiteliais intimamente unidas, consiste em um epitélio escamoso estratificado e queratinizado. A derme é a camada mais profunda composta por tecido conjuntivo denso irregular. Camada de pele presente entre a epiderme e o tecido subcutâneo, rica em fibras colágenas e elásticas. É capaz de promover o apoio da epiderme e

tem uma participação importante nos processos fisiológicos e patológicos do órgão cutâneo.

As fibras de colágeno são proteínas importantes durante o processo de constituição extracelular do tecido conjuntivo, incidindo de uma escleroproteína chamada colágeno. O colágeno é uma proteína abundante no corpo humano, que representa 30% do total de proteínas desse corpo e tem a função de fornecer resistência e integridade estrutural a vários tecidos (SOUSA, 2016). Na pele adulta, estima-se que haja uma diminuição na síntese e na quantidade total de colágeno em aproximadamente 1% ao ano da vida adulta por área de superfície da pele. A neoformação e a deposição dessa fibra cumprem um papel importante na resposta cicatrizante, uma vez que a modulação da migração e proliferação celular garante a efetividade do método de reparo (OLIVEIRA, 2011).

A elastina é uma outra proteína presente na derme, o que em caso de envelhecimento torna-se amorfo e cresce em quantidade, uma condição chamada dérmica elastose solar, caracterizado por rugas. Este é o principal elemento protéico que forma as fibras elásticas, que estruturalmente se entrelaçam com as fibras de colágeno. Deste modo, as modificações descritas no sistema colágeno-elástico ao longo da vida estabelecem uma base morfológica substancial para o entendimento das adaptações bioquímicas e biomecânicas da pele durante o envelhecimento (OLIVEIRA, 2011).

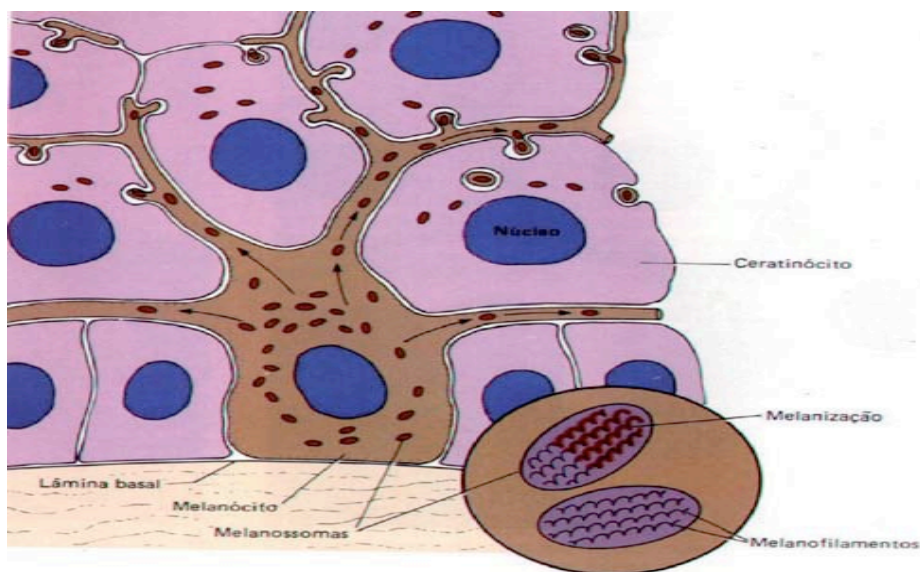
De acordo com Miot *et.al.* (2009), os melanócitos são células fenotipicamente importantes, responsáveis pela pigmentação da pele e dos pêlos, colaborando para a tonalidade cutânea, atribuindo proteção direta aos agravos causados pelos raios ultravioletas.

Os melanocitos são células dendríticas de origem ectodérmica que resumem pigmento melânico. Localizam-se na camada basal e seus dendritos estendem-se por longas extensões na epiderme, permanecendo em contato com muitos queratinócitos para os quais transfere melanina. O melanócito e os queratinócitos com os quais se relaciona formam as unidades epidermomelânicas da pele, numa proporção de 1 para 36, respectivamente (MIOT, *et. al.*, 2009).

De acordo com Miot *et. al.* (2009), os melanossomas são organelas elípticas, altamente especializadas, nas quais ocorre síntese e deposição de melanina, armazenamento de tirosinase sintetizada pelos ribossomos e representam a sede dos fenômenos bioquímicos em que produzem a melanina, vide figura nº 1.

A tirosinase é uma enzima chave na via biosintética que leva à produção de melanina, que ocorre nos melanócitos, a célula pigmentar (OLIVEIRA, ROCHA e GUILLO, 2004).

Figura nº 01. Esquema de produção e distribuição de melanina na epiderme, através dos melanossomas.



Fonte: MIOT *et al.* (2009);

Segundo Miot *et al* (2009), os melanossomas desenvolvem-se em uma sequência de estágios morfológicamente definidos desde estruturas despigmentadas até organelas listradas repletas de melanina. A melanina é o principal pigmento biológico envolvido na pigmentação cutânea, sendo determinante das diferenças na coloração da pele, o elemento inicial do processo biossintético da melanina é a tirosina, um aminoácido essencial. A tirosina suporta atuação química da tirosinase, complexo enzimático cúprico-proteico, sintetizado nos ribossomos e transferido, através do retículo endoplasmático para o Aparelho de Golgi, sendo aglomerado em unidades envoltas por membrana, ou seja, os melanossomas.

De acordo com De Arocha (2003), o período da gravidez ou melasma é a modificação mais óbvia da pigmentação no período gestacional. Aparece como manchado, ocorre em até 75% das grávidas, com maior frequência na face, seguida pela mama e mandíbula. O tamanho e a intensidade da pigmentação variam. Estes geralmente somem completamente no decorrer do período de um ano após o nascimento do bebê, porém cerca de 30% dessas mulheres evoluem com alguma consequência do defeito.

Segundo Urasaki (2010), a hiperpigmentação é muito comum e afeta até 90% das mulheres grávidas. Tem localizações e formas variáveis. Comumente generalizada e ainda mais expressiva em regiões normalmente pigmentadas, tais como aréolas mamárias, parte interna das coxas, órgãos genitais, períneo e axilas. Marcas recentes, sardas e nevos melanocíticos (pintas) também podem mostrar um aumento da pigmentação durante o período gestacional. Em torno do mamilo, a aréola torna-se mais escura e gradualmente aumenta, formando um novo local de pigmentação conhecido como uma aréola secundária. Frequentemente, a linha alba é hiperpigmentada durante a gravidez e é conhecida como Linea Nigra. O quadro é mais suscetível em mulheres que usaram contraceptivos orais, o que reforça a hipótese sobre a influência dos níveis de progesterona e estrogênio e sobre mulheres suscetíveis expostas à radiação solar. O uso de vários cosméticos, que contêm perfumes, hormônios e outros medicamentos que podem colaborar para a pigmentação, deve ser analisado. O tratamento consiste em evitar a luz solar, priorizando a sombra, usando chapéus, cremes antibacterianos contra os raios UVA e UVB. De acordo com Pontes e Mejia (2014), o número de manchas hiperpigmentadas pode mudar de uma única lesão para várias manchas localizadas

geralmente, simetricamente na face e, ocasionalmente no nariz, testa, queixo e pescoço, eminências malares (bochecha) e lábio superior (simulando um bigode). As manchas são serrilhadas, bordas irregulares, e geográficas. De acordo com a distribuição das manchas, são reconhecidos três padrões clínicos de melasma que são eles: padrão centrofacial, padrão malar e padrão mandibular conforme as figuras de nº 2, 3 e 4 .

O padrão centrofacial é o padrão mais comum, que envolve na área da testa, bochechas, lábios superior e queixo. O padrão malar que acomete as regiões malares das bochechas e do nariz. O padrão que envolve o ramo mandibular afeta de 9% a 16% dos casos (PONTES e MEJIA, 2014).

Figuras 2, 3 e 4: Demonstrações das manchas hiperpigmentares do melasma.



Figura nº 02 Melasma na face testa, lábio superior e queixo



Figura nº 03. Melasma nas iminências malares

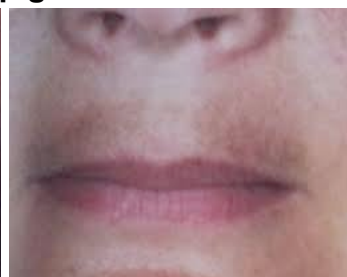


Figura nº 04. Melasma no lábio superior.

Fonte: Pontes e Mejia (2014);

Hidroquinona

A hidroquinona é a alternativa terapêutica mais utilizada no tratamento do melasma há mais de 50 anos. Possui capacidade de bloquear a tirosinase, diminuindo a conversão de diidroxifenilamina (Dopa) em melanina. Alguns dos outros mecanismos de ação possíveis da droga são destruição dos melanócitos, degradação dos melanossomos e inibição da síntese de DNA e RNA. Quando associada com tretinoína e corticóides, oferece sua potência acrescida e irritação diminuída. Contudo, a diferença de eventos adversos por ela ocasionados, como dermatite de contato irritativa e alérgica, hiperpigmentação pós-inflamatória, catarata, ocronose (hiperpigmentação assintomática localizada na face, pescoço e no dorso), entre outros, incentivou a busca por novos princípios clareadores (COSTA *et. al.*, 2010).

De acordo com a bula de (HIDROQUINONA® 2015), a hidroquinona é recomendada para o clareamento gradativo de cloasmas ou melasmas que são as manchas causadas pela exposição ao sol ou fontes artificiais de irradiação, que afetam o rosto, sendo comuns entre mulheres e homens. Contudo nas mulheres, podem estar associadas à gestação ou ao uso contínuo de anticoncepcionais orais, as sardas são manchas provocadas pelo sol, que aparecem comumente em pessoas jovens e de pele muito clara, normalmente aparecem na face, comuns já desde a infância, as lentigos senis ou melanose solar que são manchas provocadas pelo sol, que ocorrem em áreas expostas, como dorso das mãos, antebraços e colo, normalmente em pessoas adultas e idosos que se expuseram por um longo período ao sol, e em outras condições nas quais ocorrem a hiperpigmentação cutânea por uma excessiva produção de melanina.

Segundo a bula de HIDROQUINONA® (2015), esse insumo não deve ser empregado durante o processo gestacional e a fase de lactação, a não ser quando for claramente necessário e sob uma rigorosa supervisão médica. Ainda que a bula exiba que gestante não pode utilizá-lo, o mesmo é utilizado, pois até o presente

momento ainda não foi definida a relação risco-benefício. A hidroquinona pode trazer reações, como eritema, impressão leve de queimação e hipersensibilidade ocasional, como dermatite de contato localizada. Outras reações que ocorrem com menor frequência como, ocronose e manchas marrons reversíveis nas unhas também estão incluídas ao uso de hidroquinona.

Pode ocorrer hiperpigmentação, principalmente em áreas da pele expostas ao sol, se o produto for usado por um longo período. Não foram relatadas reações adversas sistêmicas advindas do uso de hidroquinona tópica (HIDROQUINONA, 2015).

Tratamento com Peelings Químicos

O termo Peeling vem do inglês to peel, que significa descamar, desprender ou pelar. Essa denominação conceitua os peelings como à aplicação de agentes químicos sobre a pele. Ou seja, a raspagem da pele promovida por laser, ácidos, ou lixamento tendo em vista à renovação da pele baseando-se na descamação cutânea superficial, média ou profunda (FIGUEIREDO YOKOMIZO *et al*, 2013).

Embora os peelings possam melhorar os distúrbios de hiperpigmentação pela extração da melanina indesejada, eles também podem ocasionar irritação da pele, o que pode levar à hiperpigmentação pós-inflamatória. É um efeito colateral que ocorre comumente em pacientes com tipos de pele mais escuros. Sendo assim, os peelings ou qualquer outro tipo de procedimento que provoque danos à pele devem ser realizados com extrema cautela em pacientes acometidos com melasma (BIAGGI e MUÑOZ, 2013).

Tratamento com Peelings de Beta-hidroxiácidos e Peelings de Acido Salicílico

Segundo Biaggi e Muñoz (2013), o alfa-hidroxiácidos tem como derivados os ácidos glicólico e láctico, que são utilizados em peelings químicos para distúrbios de hiperpigmentação, trabalhando na incorporação da atividade da tirosinase de uma maneira ph dependente. Constatou-se que estes agentes diminuem a formação de melanina de maneira dependente da dose utilizando linhas celulares de melanoma humano. Já os peelings de acido salicílico são compostos por beta-hidroxiácido que vem sendo estudado como um tratamento para o hiperpigmentação pós-inflamatória resultante da acne e no tratamento para o melasma.

Tratamento com Microagulhamento

De acordo com Moura *et. al.* (2017), o uso do microagulhamento é utilizado na potencialização de ativos cosmetológicos, de maneira que os microcanais facilitam a absorção do ativo, com penetração de até 80% das moléculas maiores. Com isso a combinação de ativos cosméticos e do microagulhamento podem aumentar os resultados desejados. O microagulhameto se tornou eficaz no tratamento do envelhecimento associado ao uso de ativos cosméticos e do melasma.

Tratamento com Laser

O tratamento com lasers consiste na amplificação de luz por emissão estimulada de radiação, ou seja, uma fonte de luz com alta intensidade monocromática coerente que pode ser utilizada no tratamento de várias condições que acometem à pele em função das características de pulso, do comprimento de onda, fluência do laser que é usado e da natureza da condição a ser tratada. Dentre os lasers utilizados no tratamento do melasma estão, Q Laser Ligado, ND Q-S: Yag,

Q Laser Switched Rubi, Erbium: Yag Laser, Laser de Tintas Pulsadas, Laser Fracional e Luz Pulsada Intensa (BIAGGI e MUÑOZ, 2013).

Belides

De acordo com Costa *et. al.* (2010) muitos extratos vegetais possuem propriedades clareadoras, belides é uma nova substância botânica, adquirido das folhas de *Bellis perennis* que atua em praticamente todas as fases do processo de síntese de melanina.

Segundo o mesmo autor, quando tem exposição cutânea aos raios ultravioletas, os queratinócitos desprendem mediadores pró-inflamatórios, como a endotelina-1 (ET-1), que, em extensas proporções, estimula a síntese da enzima tirosinase, assim como a proliferação, migração e desenvolvimento dos dendritos dos melanócitos. O belides é o exclusivo ativo que, comprovadamente, bloqueia a ET-1; além disso, promove redução da ligação do α -MSH (hormônio melanotrófico-alfa) aos seus receptores, com consequente diminuição da produção de Eumelanina e estudos provaram que durante a melanogênese, belides causa a diminuição do desenvolvimento de radicais livres (ROS); após a formação de melanina, desempenha um papel direto no clareamento cutâneo, pois diminui a transferência dos melanossomos constituídos no melanócito para as células epidérmicas, diminuindo a pigmentação cutânea.

Emblica

Ainda, segundo Costa *et. al.* (2010), a emblica é mais um extrato vegetal ativo retirado da fruta *Phyllanthus emblica*, conhecida na medicina ayurvédica indiana há muitos anos e atualmente usada na produção de produtos anti-idade e clareadores cutâneos. Sua função cosmética é atribuída ao seu amplo espectro de atividade antioxidante. A emblica tem uma capacidade de inibir a tirosinase, originando o clareamento cutâneo.

Ácido tranexâmico

O ácido tranexâmico (AT) é uma droga hidrofílica inibidora da plasmina, classicamente usada como agente antifibrinolítico, tem sido analisado como alternativa para o tratamento do melasma. Estudos revelaram que seu uso tópico previne a pigmentação induzida por raios ultravioletas em cobaias e que seu uso intradérmico intralesional produz clareamento rápido. O AT impede a conversão do plasminogênio (presente nas células basais epidérmicas) em plasmina, por meio da inibição do ativador de plasminogênio. A plasmina atua na secreção de precusores da fosfolipase A2, que agem na produção do ácido araquidônico e induzem a liberação de fator de aumento de fibroblasto (bFGF). Trata-se de um forte fator de crescimento de melanócito. Já o ácido araquidônico é precursor de fatores melanogênicos, tais como: prostaglandinas e leucotrienos. O ativador de plasminogênio é provocado pelos queratinócitos e aumenta a atividade dos melanócitos *in vitro*. Proporciona níveis séricos aumentados com o uso de anticoncepcionais orais e na gravidez. O bloqueio dessa substância pode ser por mecanismo parácrino, por meio do qual o AT diminui a hiperpigmentação do melasma (STEINER *et. al.*, 2009).

Viés farmacêutico diante do melasma

Segundo Zubioli (2000), é necessário que o farmacêutico possua conhecimento em áreas de sua competência, que consistem em indicar e aconselhar em situações de automedicação ou sintomatologia simples. É indispensável diante do exposto avaliar a situação patológica individualmente, entrevistando o paciente, com vista à identificação correta da sintomatologia, para o aconselhamento correto no uso dos medicamentos. Com isso, é necessário saber perguntar, como e quando perguntar. Na análise da intervenção realizada no processo saúde-doença, o farmacêutico deve obter as seguintes informações em relação aos sintomas exibidos pelo paciente, ou seja, o início do problema, a severidade, a duração, se é aguda ou crônica e a descrição, se possui sintomas concomitantes, se contém fatores agravantes ou que aliviam, e a presença ou não de tratamentos anteriores. A quem se faz o pedido? Qual o sexo, antecedentes medicamentos e alérgicos, antecedentes de reações adversas às drogas? O paciente é um lactente, criança, adulto ou da terceira idade? É assim, a partir da análise dos sintomas e das características específicas de cada indivíduo, que se poderá escolher um produto para uma automedicação responsável.

De acordo com o mesmo farmacêutico, ao formular, planejar, produzir, escolher e dispensar um insumo, tem como objetivo, conseguir que a substância de confirmada atividade farmacológica seja liberada, no local de ação, na quantidade suficiente para que se desencadeie, durante o tempo necessário para o tratamento, sem gerar reações adversas. Se este objetivo for obtido, considera-se que o medicamento possui qualidade, e esta será a principal preocupação do farmacêutico, ao selecionar um medicamento para venda livre.

Aconselhamento Farmacêutico e tratamento

De acordo com Fernandes (2012), no decorrer das últimas décadas vem sendo publicado inúmeros artigos científicos sobre o impacto do melasma na qualidade de vida dos pacientes acometidos e os desafios relacionados a sua terapêutica, cujo o objetivo é avançar nos estudos acerca desta enfermidade, buscando o motivo do seu surgimento e com isso, desenvolver novos tratamentos. O tratamento do melasma tem como objetivo principal extinguir a melanogênese retirando o excesso de melanina existente na epiderme e na derme. Contudo devido a sua natureza recorrente e insubmissa, torna-se difícil o tratamento. As primeiras medidas à serem tomadas para eliminar a melanogênese, são evitar os fatores precipitantes e manter os cuidados diariamente de proteção solar, que são eles, uso contínuo de um protetor adequado para o tipo de pele, seguido do uso de fórmulas de uso tópico que possuam ativos com objetivo de eliminar a melanogênese e auxiliar a despigmentação.

Sendo assim, é necessário que a pele se encontre limpa e hidratada para que o tratamento do melasma ocorra de forma fidedigna, facilitando a absorção por via tópica. Os pacientes devem ser aconselhados sobre os cuidados com a limpeza e a hidratação de acordo com o tipo e o estado da pele de cada um. Pode-se usar aditivamente métodos de esfoliação que auxiliam na remoção de pigmentos de melanina que encontram-se na epiderme. O componente mais importante no tratamento do melasma por via tópica e o uso do protetor solar de espectro elevado (FPS 30), visando impedir a indução da melanogênese. Os protetores solares mais efetivos são os que possuem em sua fórmula dióxidos de titânio ou óxido de zinco, conhecidos também como protetores solares inorgânicos ou físicos. Seu uso deve ser diário durante todo o ano. Os tratamentos tópicos em sua maioria interferem na

formação de melanina atuando a nível da tirosinase, que por sua vez é uma enzima restrigente no processo de formação de melanina (FERNANDES,2012).

Discussão

Segundo Purim e Avelar (2012) a gestação representa intensas modificações na vida da mulher, alterando sua pele e deixando às mais vulneráveis mudanças patológicas e fisiológicas. As transformações pigmentares acontecem em cerca de 90% das mulheres grávidas, o que conforme as manifestações clínicas podem ter origem fisiológica nesta fase. O melasma ocorre em até 70% das mulheres grávidas, sendo o representante principal da hiperpigmentação localizada.

O melasma pode ter início no primeiro ou segundo trimestre do período gestacional, contudo, também ocorre em pacientes que fazem uso de anticoncepcionais hormonais e homens, ou seja, não é exclusivo do período gestacional. A tendência na genética e a exposição à luz solar são condições etiológicas importantes para o melasma. Os grandes níveis de hormônio estimulante dos melanócitos (MSH) estão incluídos no desenvolvimento do melasma, bem como, cosméticos, características raciais, endocrinopatias e medicações. O melasma desaparece por completo em cerca de um ano após o parto, porém até 30% das pacientes progridem com algumas sequelas causadas pela hiperpigmentação e é comum que ocorra recorrências em gestações subsequentes (PURIM e AVELAR, 2012).

O processo gravídico-puerperal é considerado uma fase especial na vida da mulher e por diversas vezes é acompanhado por várias manifestações dermatológicas. Entretanto, os estudos são insuficientes para verificação da continuidade no uso de protetor solar e da exposição solar, do impacto negativo do melasma no período da gestação, parto e puerpério. Durante a gravidez, inúmeras condições facilitam o andamento da pigmentação cutânea na face. No processo gestacional, os níveis elevados de progesterona, estrógeno e hormônio MSH possibilitam a hiperpigmentação (MIOT *et. al.*, 2009).

O melasma pode ser prevenido, porém também existe casos de reincidivas. Na prevenção do mesmo é necessário limitar o excesso de exposição solar, com garantia de educação ambiental e uso contínuo de filtros solares que contenham em sua fórmula um amplo espectro para radiação ultravioleta A e B, com fator de proteção solar (FPS) 30 ou mais, visando impedir suas consequências deletérias, e pode ser realizada por meios físicos e químicos (PURIM e AVELAR, 2012).

Segundo Azulay-Abulafia (2003), a hidroquinona é um composto fenólico que permanece como “gold standard” para composição dos produtos que clareiam a pele. Ela produz despigmentação não definitiva, impossibilitando a oxidação enzimática da tirosina em diidroxifenilalanina (dopa) e de outros processos metabólicos dos melanócitos. A principal indicação é no clareamento gradativo da pele hiperpigmentada em condições como o melasma. Alguns estudos concluíram que existe um outro composto também indicado para o tratamento do melasma que é o monometil éter da hidroquinona (MMEH). O MMEH é também conhecido como mequinol – *hidroquinone monomethyl ether.*, pertencente ao grupo da hidroquinona. É um análogo químico com maior potência, com resposta mais imediata e resultados definitivos.

De acordo com De Faria e Lubi (2017), o ácido kójico tem sido muito utilizado pela indústria cosmética por agir de maneira segura e por não ser citotóxico praticamente não apresentar irritações ao paciente submetido ao tratamento, sua ação clareadora ocorre através inibição da formação da melanina. Outro benefício

importante que o kójico proporciona, é seu alto poder conservante que prolonga à vida útil dos produtos. De maneira geral, reconhecem-se vários níveis de atuação do ácido kójico no processo de pigmentação cutânea, um dos principais, consiste na inibição da enzima tirosinase, por meio da quelação do seu íon de cobre, inibindo a oxidação necessária para a formação da melanina. O ácido kójico possui uso tópico, podendo ocorrer esfoliação da pele, aconselhando-se assim a utilização de fotoprotetor no decorrer de todo o tratamento. Sua duração pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo em regra no mínimo dois meses, evitando-se passar de dois anos. Para que o resultado seja bom é necessário que o paciente tenha postura e cuidado, devendo sempre seguir todas as recomendações solicitadas pelo terapeuta, além de evitar possíveis transtornos gerados pela exposição solar.

O ácido kójico é um ativo muito usado pelas indústrias cosméticas em combinação com outros ativos, especialmente com o arbutim (derivado da hidroquinona). Afirma-se que, devido à dificuldade do processo melanogênico, terapias combinadas costumam torna-se mais eficazes, principalmente quando os ativos são bem selecionados, pois cada ativo agirá de forma específica em cada etapa da melanogênese, e de forma idêntica, também sobre os pigmentos já depositados na derme e epiderme. O produto final terá resultados melhores e mais significativos (DE FARIA e LUBI, 2017).

Segundo a bula do Ácido kójico (2017) confeccionado por empresa de manipulação, está cada vez mais comum o aparecimento de manchas na pele da população, com isso a hiperpigmentação na pele pode provocar o surgimento de algumas patologias e desordens na epiderme, além de afetar a qualidade de vida das pessoas e o bem-estar. O ácido kójico age como um despigmentante eficaz, já que sua ação é interferir na biossíntese da melanina e como consequência, evita o acúmulo deste pigmento. O ácido kójico é mais suave e menos irritante do que os demais clareadores comumente utilizados para o tratamento de manchas, e não causa fotossensibilização no usuário, o que também possibilita seu uso durante o dia. Este ácido atua como clareador de manchas e olheiras, inclusive melasma e impede a ação da tirosinase como quelante de íons, desta forma, quela o íon presente nesta enzima e impossibilita todo o mecanismo de produção da melanina, possibilitando a diminuição da formação do pigmento.

Ácido glicólico

O ácido glicólico é o representante mais simples dos alfa-hidroxiácidos e pode ser encontrado na beterraba, cana de açúcar, alcachofra, uva e abacaxi. Quando utilizado em baixas concentrações pode apresentar efeito de plasticidade-hidratação e em altas concentrações (6 a 20%) apresenta efeito esfoliante-descamante. São utilizadas em peelings com concentrações de 70% de ácido glicólico, o que provoca epidermólise em 3 a 7 minutos, dependendo de cada tipo de pele e da espessura da camada córnea. O ácido glicólico age no tratamento de hiperpigmentações, mediante seu efeito esfoliativo, diminuindo o excesso de pigmentação na área tratada, sem impactar diretamente a melanina. (GONCHOROSKI e CORRÊA, 2005).

De acordo com a bula do Ácido Glicólico® (2017) confeccionado por empresa de manipulação, sua apresentação é de 1 a 10% em cremes e loções, e de 20 a 70% para peelings (apenas em consultório médico). Ao ser aplicado sobre a pele ocorre vasodilatação, diminuindo a compactação e a espessura do extrato córneo, acelerando a renovação da epiderme e estimulando a síntese de colágeno. Por mais que seja um produto devidamente seguro em comparação aos outros produtos usados em peelings, podem ocasionar efeitos colaterais indesejáveis, como

hiperpigmentação, eritema persistente, aumento da pré-disposição ao herpes simples e, eventualmente, deixar cicatrizes hipertróficas.

Ácido Retinóico

Ainda segundo Gonchoroski e Corrêa (2005), o ácido retinóico atua sobre a hiperpigmentação, por meio do efeito esfoliativo e disseminando os grânulos de melanina no interior dos queratinócitos, o que auxilia sua eliminação no decorrer do aumento do turnover das células epidérmicas, ou seja, diminuindo o tempo de contato entre os melanócitos e os queratinócitos, permitindo uma rápida perda do pigmento disperso. É amplamente utilizado na prevenção da hiperpigmentação pós-inflamatória, garantindo uma regularidade na aplicabilidade do agente peeling e proporcionando uma reepitelização mais rápida.

Segunda a bula do Vitacid® (ácido retinóico) é utilizado para o tratamento do fotoenvelhecimento cutâneo, possibilitando na melhora dos sinais associados a essa. O produto não deve ser utilizado em pacientes com hipersensibilidade à tretinoína, ou à algum outro componente existente na fórmula, pacientes com eczema, queimaduras cutâneas ou qualquer outra doença cutânea crônica (VITACID®, 2015).

Ainda segundo a bula supracitada, as gestantes não devem utilizá-lo, pois o mesmo pode ocasionar alterações na formação do feto, porém, na lactação não há informações suficientes sobre a eliminação da tretinoína aplicada por via tópica. O risco para os recém-nascidos e para os lactantes não podem ser excluídos. Portanto, deve ser avaliada a tomada de decisão quanto à descontinuação da amamentação ou à descontinuação da terapia com tretinoína, considerando os benefícios da amamentação para o bebê e os benefícios da terapia para a mulher.

Associação do ácido Kójico e ácido Glicólico

O tratamento de melasma com o ácido Kójico associado juntamente ao ácido Glicólico vem apresentando resultados satisfatórios, já que o ácido Kójico é um potente despigmentante que age no bloqueio da tirosinase, e como não possui efeito irritativo nem fotossensibilizante é usado como possível alternativa quando o paciente possui sensibilidade a Hidroquinona. A associação com o ácido glicólico atua como esfoliante e descamativo, diminuindo a hiperpigmentação e levando ao afinamento do estrato córneo. A associação entre os dois ácidos se mostra eficiente no combate a hiperpigmentação, uma vez que, utilizado em concentração de 6% de ácido glicólico e 8% de ácido Kójico, com isso sendo utilizado principalmente quando o paciente possui sensibilidade a Hidroquinona. O clareamento da hiperpigmentação ocorre, devido a quebra dos corneócitos superficiais que o ácido glicólico promove, amolecendo o cimento celular e aumentando a permeação do despigmentante potencializando seu efeito clareador sobre a lesão (SOUZA, AMURIM e GRIGNOLI, s/d).

De acordo com Freitag (2017), somente 10% dos casos de melasma são do sexo masculino. Os fatores etiológicos neste grupo mais importantes são predisposição familiar e a exposição a luz solar. Portanto nos homens os fatores hormonais parecem não conferir um risco tão grande quanto nas mulheres.

Dentre os tratamentos para os acometidos pelo o melasma o ácido kójico é o mais indicado para gestantes por agir de maneira segura e por não ser citotóxico praticamente não apresentar irritações ao paciente submetido ao tratamento, sua ação clareadora ocorre através inibição da formação da melanina.

Considerações finais

Sobre o período gestacional, parto e puerpério, podemos considerar que é a fase mais importante na vida da mulher e por diversas vezes e acarretado de manifestações dermatológicas. Entretanto, a existência de artigos científicos acerca da continuidade do uso de protetor solar, sobre os riscos da exposição solar e os impactos negativos que o melasma trás consigo durante o processo gravídico-puerperal são insuficientes.

Confrontado com este fato, percebe-se que a ausência de comportamento adequado sobre uso contínuo de protetor solar, formas de proteção física e estratégias para evitar a exposição solar, favorece o aparecimento de melasma no período gestacional. Nesse sentido, à adoção de medidas relativamente simples podem colaborar com o bem-estar e a saúde da gestante. No período gestacional, o ideal é adotar cuidados preventivos e impedir procedimentos e produtos mais eficazes contra os riscos para a mãe e o feto. A quantidade insuficiente de dados que demonstrem a segurança de produtos leva dificuldades aos prescritores para decidir o que prescrevem, no entanto, o uso dermo-cosméticos durante a gravidez é comum.

Conforme os artigos encontrados, principalmente os internacionais, a Hidroquinona é considerada o ideal para o tratamento do melasma, devido sua fórmula no qual diminui a produção de melanina.

Embora a hidroquinona seja um agente no combate contra o melasma, esse medicamento não deve ser usado no período gestacional e durante a lactação, a não ser se for devidamente acompanhada rigorosamente sob o acompanhamento médico.

É importante que o farmacêutico torne as mulheres grávidas conscientes sobre os riscos provocados pela da exposição solar sem proteção, com a implantação de ações voltadas para a educação e a saúde, especialmente durante a gravidez é fundamental, porque modificações na pigmentação causam incomodo e acarretam impactos emocionais. É importante que todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado de gestantes possuam esse entendimento.

Por sua vez o farmacêutico tem um papel muito importante, em orientar as gestantes sobre o uso de fármacos durante a gravidez, pois a maioria dos fármacos são prejudiciais tanto para a formação do bebê, quanto para mãe. Portanto, a partir dessas orientações o farmacêutico deve conscientizar as gestantes à priorizar a saúde em primeiro lugar, e dar início ao tratamento das manchas somente após o período do parto e do puerpério.

É necessário que o farmacêutico oriente os pacientes a respeito do uso contínuo de protetor solar, enfatizando sobre o tipo de protetor solar adequado para cada tipo de pele. Ao receber o paciente após à realização de procedimentos estéticos pode ocorrer irritação da pele, e então é necessário que o farmacêutico por sua vez explique sobre o produto correto para o uso diante da situação apresentada.

Pode ocorrer à chegada de um paciente ao farmacêutico queixando-se de machas durante ou após a gestação, relatando fazer uso de inúmeros fármacos por conta própria com intuito de melhora da sua situação, e com isso o farmacêutico deve explicar que o correto é procurar um profissional dermatologista para avaliação do mesmo, pois pode ser que o paciente esteja sendo acometido pelo melasma e com isso buscar o tratamento correto.

Referências

ALVES, Gilvan Ferreira; NOGUEIRA, Lucas Souza Carmo; VARELLA, Tatiana Cristina Nogueira. Dermatology and pregnancy Dermatologia e gestação. **An Bras Dermatol**, v. 80, n. 2, p. 179-86, 2005.

AZULAY-ABULAFIA, L. *et al.* Tratamento tópico do melasma com monometil éter da hidroquinona (MMEH). Estudo de observação de eficácia de clínica. **Rev. Bras. Med**, v. 60, 2003.

BIAGGI, Dra. Gia Maria Crespo; MUÑOZ, Dra. Patricia Alejandra Zuniga; **Actualizaciones em el tratamiento de melasma**, 2013.

COSTA, Adilson et al. Associação de emblica, licorice e belides como alternativa à hidroquinona no tratamento clínico do melasma. **An. Bras. Dermatol**, v. 85, n. 5, p. 613-620, 2010.

DE AROCHA, Julia Rothe. Nuevas opciones en el tratamiento del melasma. **Dermatología venezolana**, v. 41, n. 3, 2003.

DE FARIA, Karolina Silveira da Silva; LUBI, Neiva. A utilização do ácido kójico no tratamento de melasma. 2017.

DE SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; DE CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.

FERNANDES, Adriana Isabel Palhares. **Cuidados dermocosméticos para uma pele saudável: aconselhamento farmacêutico nos casos mais comuns**. 2012. Tese de Doutorado.

FIGUEIREDO YOKOMIZO, Vania Marta et al. Peelings químicos: revisão e aplicação prática. **Surgical & cosmetic dermatology**, v. 5, n. 1, 2013.

FREITAG, Fernanda Magagnin. Aspectos clínicos, gravidade da doença e impacto na qualidade de vida de mulheres com melasma atendidas em um hospital universitário do sul do Brasil. 2007.

GONCHOROSKI, Danieli Dürks; CORRÊA, Giane Márcia. Tratamento de hiperpigmentação pós-inflamatória com diferentes formulações clareadoras. **Infarma**, v. 17, n. 3-4, p. 84-8, 2005.

GOMES, Rosaline Kelly; DAMAZIO, Marlene Gabriel. Cosmetologia: descomplicando os princípios ativos. **São Paulo: Livraria Médica Paulista**, 2009.

HIDROQUINONA: creme. Farm. Resp.: Dra. Andreia Marini - CRF-SP nº 46.44.lab.Legrand **Bula de medicamento**, 2005

ÁCIDO GLICÓLICO, matéria prima. **Bula de medicamento**, 2017 Laboratório Infinity.pharma®; Disponível no link: <https://infinitypharma.com.br/uploads/insumos/pdf/a/acido-glicolico.pdf>, durante o acesso dia 20 de maio de 2019.

ÁCIDO KÓJICO, matéria prima. **Bula de medicamento**, 2017 Laboratório Infinity. Pharma®; Disponível no link: <https://infinitypharma.com.br/uploads/insumos/pdf/%C3%81/Acido%20Kojico.PDF>

PURIM, Kátia Sheylla Malta; AVELAR, Maria Fernanda de Santana. Photoprotection, melasma and quality of life in pregnant women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 5, p. 228-234, 2012.

MACIEL, D.; OLIVEIRA, G. G. prevenção do envelhecimento cutâneo e atenuação de linhas de expressão pelo aumento da síntese de colágeno. *In: V Congresso Multiprofissional em Saúde: Atenção ao Idoso*. 2011.

MIOT, Luciane Donida Bartoli *et al.* Fisiopatologia do melasma. **An Bras Dermatol**, v. 84, n. 6, p. 623-35, 2009.

MOURA, Maria *et al.* O uso de ácidos e ativos clareadores associados ao microagulhamento no tratamento de manchas hiperocrômicas: estudo de caso. **Revista Científica da FHO UNIARARAS**, v. 5, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, L. J.; ROCHA, Irene Machado; GUILLO, Lidia Andreu. Ensaio radiométrico de tirosinase. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 85, n. 1, p. 5-6, 2004.

OLIVEIRA, L. F. **Análise morfológica e imunológica da pele, de acordo com as características epidemiológicas de idosos autopsiados**. [Tese de Pós-graduação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2011.

PONTES, Caroline Gomes; MEJIA, Dayana Priscila Maia. Ácido Kójico no Tratamento do Melasma. **Faculdade Cambury Bio Cursos**, 2014.

Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. **Censo dermatológico da SBD 2006**. Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <http://www.sbd.org.br>.

SANTOS, Daniela Braz Ferreira. A influência da massagem modeladora no tratamento do fibro edema gelóide. **Monografia de conclusão de pós-graduação de fisioterapia dermatofuncional**. Manaus: Faculdade Avila, 2012.

SOUSA, Julyanna Neves de. O uso da diatermia por radiofrequência no tratamento das rugas e flacidez facial: Revisão bibliográfica. 2016.

SOUZA, Leticia Carvalho de; AMURIM, Nathália Pereira; GRIGNOLI, Laura Cristina Marretto. O Uso Associado do Ácido Kójico e Ácido Glicólico como Alternativa à Hidroquinona no Tratamento de Melasma; s/d (sem data).

STEINER, Denise *et al.* Estudo de avaliação da eficácia do ácido tranexâmico tópico e injetável no tratamento do melasma. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 1, n. 4, 2009.

SUZUKI, M. M. *et al.* Dermatoses na gravidez: importância do exame dermatológico no pré-natal. **An Bras Dermatol**, v. 80, n. Supl 2, p. S121, 2005.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt, Alterações fisiológicas de pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 519-25, 2010.

VERGNANINI, A. L; Dermatopatias. *In*: Neme B. **Obstetrícia básica**. 3a. ed. São Paulo: Sarvier; 2006. cap. 60.

VITACID: creme. Farm. Resp.: Dra. Rosa Maria Scavarelli - CRF-SP nº 6.015; lab. Theraskin Farmacêutica Ltda. **Bula de medicamentos**,2015

ZUBIOLI, Arnaldo. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharmácia Brasileira**, v. 3, n. 22, p. 23-26, 2000.