

Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/07/2020.

Data de reformulação: 05/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 10/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 13/07/2020

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12648893>

Publicado: 2020-07-13

**SÍNDROME HEMOLÍTICA URÊMICA ATÍPICA (SHUA) PÓS TRANSPLANTE
RENAL**

*ATYPICAL UREMIC HEMOLYTIC SYNDROME (SHUA) AFTER KIDNEY
TRANSPLANTATION*

*Thamara Cardoso Barbosa¹
Mariellen da Silva Caixeta²
Walquiria Lene dos Santos³
Alice da Cunha Morales Álvares⁴*

¹ Acadêmica Thamara Cardoso Barbosa do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3149-7446>.

² Acadêmica Mariellen da Silva Caixeta do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1131-4086>.

³ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Integrante do Núcleo Docente Estruturante (NDE), Integrante do Comitê de Ética e Pesquisa da FACESA, Programa de Iniciação Científica da FACESA (PIC), Integrante dos Programas de Extensão Benjamim, Programa de Extensão Melhor Idade, Programa de Extensão FACESA, Comando de Saúde nas Empresas e Programa de Extensão Promovendo Saúde nas Escolas. Docente na Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC. Atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, idoso, cuidados, sexualidade. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6489-5243>.

⁴ Graduada em Farmácia (FACIPLAC/2007). Pós-Doutorado em colaboração com a UnB (Bolsista PDJ FAPDF/2017). Doutorado (Bolsista CNPq/2014) e Mestrado (Bolsista CAPES/2010) pelo Programa de Pós-Graduação em Biologia Molecular da UnB com atuação em Biofísica Molecular para fins de resolução estrutural de substâncias ativas como alvo terapêutico.

Resumo

A síndrome hemolítica urêmica (SHU) é uma doença que pertence ao grupo das microangiopatias trombóticas¹ doença esta, grave definida pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. É dividida em dois subtipos, a SHU típica e a SHU atípica (SHUa). Essa divisão é baseada na apresentação clínica e, principalmente, nas causas da síndrome. O objetivo deste estudo foi identificar os casos de recorrência da Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica Pós Transplante Renal. Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, realizada nos meses de agosto de 2019 a junho de 2020. Buscou-se referências como: Scientific Eletronic Library Online, Jornal Brasileiro de Nefrologia, Ministério da Saúde, MEDLINE e BDNF, onde foram pesquisados e estudados 22, dos quais 6 tiveram mais relevância para o desenvolvimento deste trabalho. Os resultados do estudo demonstram que ainda que seja considerada uma doença grave, poucos são os estudos realizados sobre SHUa, e com longo intervalo de tempo entre as publicações, contudo conclui-se a recorrência de SHUa pós transplante renal necessitando de tratamento medicamentoso com Eculizumab ao longo da vida.

Palavras-chave: Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica. Microangiopatia trombótica. Eculizumab.

Abstract

Hemolytic uremic syndrome (HUS) is a disease that belongs to the group of thrombotic microangiopathies¹, a serious disease defined by the triad of microangiopathic hemolytic anemia, thrombocytopenia and acute kidney injury. It is divided into two subtypes, the typical SHU and the atypical SHU (SHUa). This division is based on the clinical presentation and, mainly, on the causes of the syndrome. The aim of this study was to identify cases of recurrence of Atypical Hemolytic Uremic Syndrome after Kidney Transplantation. This is an integrative review of a qualitative approach, carried out from August 2019 to June 2020. References were sought such as: Scientific Eletronic Library Online, Brazilian Journal of Nephrology, Ministry of Health, MEDLINE and BDNF, where they were researched and studied 22, of which 6 were more relevant to the development of this work. The results of the study demonstrate that although it is considered a serious disease, there are few studies carried out on HUSA, and with a long period of time between publications, however the recurrence of HUSA after renal transplantation requiring drug treatment with Eculizumab is concluded throughout life.

Keywords: Atypical Hemolytic Uremic Syndrome. Thrombotic microangiopathy. Eculizumab.

Introdução

A síndrome hemolítica urêmica (SHU) é uma doença pertencente ao grupo das microangiopatias trombóticas¹ doença esta, grave definida pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda.

Esta é dividida em dois subtipos, a SHU típica e a SHU atípica (SHUa). Essa divisão é baseada na apresentação clínica e, principalmente, nas causas da síndrome. A SHU típica é a variante mais comum, corresponde a 90% dos casos de SHU. Ocorre após infecção gastrointestinal por enterobactérias, água contaminada, alimentos mal cozidos contaminados pela bactéria Escherichia Coli. Afeta na maioria crianças entre os dois e os seis anos de idade por baixa imunidade. Clinicamente os doentes

apresentam dor abdominal e diarreia sanguinolenta, que geralmente começa três a oito dias após a infecção. Com provavelmente 24 horas após o aparecimento dos sintomas desenvolvem a tríade da SHU. Tem um curso autolimitado e um bom prognóstico, com recuperação total da função renal e normalização dos parâmetros hematológicos em cerca de 75% dos doentes.²

Já o subtipo SHUa, vertente rara, é responsável por 5 a 10% dos casos. É o protótipo de um distúrbio relacionado com a desregulação do sistema do complemento. Pode ter origem familiar ou esporádica e pode manifestar-se em qualquer idade.¹⁻³ Os doentes têm um prognóstico precário, com altas taxas de morbidade e mortalidade nos episódios agudos e com elevado risco de progressão para insuficiência renal.

Conforme alguns estudos, mais de 50% progridem para insuficiência renal crônica e 25% evoluem para o óbito durante a fase aguda.³

A ocorrência familiar da SHUa é observada em aproximadamente 20% das árvores genealógicas. Na SHUa familiar, a doença tem um padrão de herança autossômica recessiva ou dominante. A ausência de história familiar de SHU não preclui a possibilidade de uma transmissão genética da doença.²

A síndrome hemolítica urêmica atípica é uma doença rara, sendo primordial um bom entendimento da sua fisiopatologia para definir melhor um diagnóstico e tratamento.¹

Após análises de diversos estudos sobre a patogênese da doença, foi desenvolvido o Eculizumab, anticorpo monoclonal antiC5, que atua inibindo a via final do complemento.³

Os protocolos atuais sugerem que o tratamento com eculizumab terá de ser feito durante toda a vida.² No entanto, à medida que a experiência clínica vai aumentando, é provável que haja certos subgrupos nos quais o tratamento possa ser interrompido, por exemplo pacientes com mutações isoladas.

O Eculizumab parece ser altamente eficaz uma vez que, 85% dos pacientes com SHUa resistentes, se tornaram livres de doença.²

O objetivo deste estudo foi identificar por meio da revisão da literatura os casos de recorrência da Síndrome Hemolítica Urêmica atípica pós transplante renal, identificando as possibilidades da ocorrência desta.

Método

Baseia-se em um estudo de revisão literária com abordagem qualitativa.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto de 2019 a junho de 2020. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Jornal Brasileiro de Nefrologia, Ministério da Saúde (MS), MEDLINE e BDNF.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos em português, com disponibilidade de texto completo em formato PDF em suporte eletrônico, artigos publicados com foco em SHUa pós transplante renal e critérios de exclusão: relatos de portadores de SHUa, livros, capítulos de livro e sites de meio não científico.

A busca deu-se através dos descritores contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: " Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica", "Microangiopatia trombótica", "Eculizumab". Utilizou-se o operador booleano AND para junção dos descritores. Durante a pesquisa por artigos utilizando os descritores supracitados, foram encontrados um total de 22 artigos, dos quais 6 tiveram mais relevância para este trabalho.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em, artigos que tratassem diretamente sobre a recorrência de SHUa pós transplante Renal, sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, e descrever, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Resultado e Discussão

Ano	Autor/ Título	Objetivo	Conclusão
2017 ¹	Eculizumab na Síndrome Hemolítica - Urêmica Atípica.;62–82.Yvoty A. S. Sens, Luiz A. Miorin, Hélio G. C. Silva, Pedro Jabur Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2017.	Caso de um lactente 10 meses de idade, diagnosticado com SHUa, do sexo masculino, previamente hígido, com história familiar de microangiopatia trombótica que iniciou tratamento com Eculizumab.	A introdução do eculizumab na terapêutica da Síndrome Hemolítico Urêmica Atípica mostrou não só melhora clínica e laboratorial, como também redução da morbidade e mortalidade dos pacientes com a doença.
2014 ²	Sousa D. Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica.;30. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=626330 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto, Portugal. 2014	Levantamento sobre a Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica -SHUa - conhecimento	No futuro, prevê-se que novos fármacos inibidores do complemento melhorem ainda mais o prognóstico da SHUa.
2017 ³	Drielly M. S. Ferreira; Carlos Pereira Nunes Eculizumab para tratamento da síndrome hemolítica urêmica	Tratamento de pacientes com SHUa com eculizumab	As evidências disponíveis sobre a eficácia e a segurança do eculizumabe para o tratamento da SHUa são incipientes.

	atípica. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis V.1 N.1.2017.		
2014 ⁴	Tomás D, Luís A, Dra O, Santos J. O papel do Sistema Complemento no Síndrome Hemolítico Urémico Atípico.; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. 2014	Reunir as evidências mais recentes sobre o Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa), bem como discutir as várias perspectivas, relativas ao papel do Sistema Complemento na sua etiopatogenia, avaliando o seu impacto na terapêutica e no prognóstico dos doentes.	A hiperactivação do SC, com os seus efeitos pró trombóticos e pró inflamatórios, é considerada, um dos efetores patogénicos <i>major</i> do SHUa. Apesar disto, e devido ao seu custo monetário, este anticorpo monoclonal é apenas acessível a alguns casos muito particulares, tornando a plasmaferese o tratamento possível em grande parte dos doentes.
1998 ⁵	Sens YAS, Miorin LA, Silva HGC, Jabur P. Revisão / Atualização em Transplante Renal : Síndrome Hemolítico-Urêmica pós-transplante renal Síndrome Hemolítico-Urêmica.20 (2):211–4. 1998	Revisão/Atualização em Transplante Renal: Síndrome Hemolítico Urêmica pós-transplante renal	Não se pôde ter conclusão definitiva sobre a prevalência, recorrência e a melhor forma de tratamento da SHU no transplante renal.
2018 ⁶	Nefrologia SB De. Um novo biênio, uma nova diretoria à frente da SBN; Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia Ano 25 nº 116 Outubro Novembro Dezembro 2018	Análise de perfil Nefrológico	É uma doença de difícil diagnóstico, o qual se baseia em dados clínico laboratoriais e na exclusão de diagnósticos diferenciais, sem testes específicos até o presente. Portanto, é importante ressaltar que a doença é de diagnóstico clínico sendo toda e qualquer outra

			ferramenta apenas suporte para corroborar a principal hipótese, não devendo postergar a terapêutica apropriada com risco de morte, sequelas permanentes e/ou DRCT.
--	--	--	--

Os resultados apresentados no quadro acima demonstram que ainda que seja considerada uma doença grave é evidente, poucos são os estudos realizados sobre SHUa, com longo intervalo de tempo em anos de publicação, onde foram de relevância para esta pesquisa apenas 6 artigos de acordo com o levantamento realizado. A Síndrome Hemolítica Urêmica é uma doença grave definida pela tríade de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão aguda.¹

Tal como a maioria dos achados laboratoriais, os aspectos histológicos observados na biópsia renal são inespecíficos. Raramente se impõe a necessidade de realizar uma biópsia renal, na medida em que as informações obtidas não têm influência no tratamento ou no prognóstico, e também não permitem estabelecer qual a entidade etiológica responsável pelo SHU.⁵

Na SHUa, os moduladores e as proteínas que regulam o sistema do complemento têm anormalidades no seu funcionamento. As proteínas reguladoras atualmente reconhecidas como importantes na patogênese da SHUa são o fator H do complemento (CHF), o fator I do complemento (CFI), a proteína cofator de membrana (MCP ou CD46) e a trombomodulina. Mutações da perda de função dessas proteínas, polimorfismos, fusão e deleção de proteínas, e anticorpos contra o CHF têm sido associadas com a SHUa.⁶

A SHUa, vertente rara, é responsável por 5 a 10% dos casos. É o protótipo de um distúrbio relacionado com a desregulação do sistema do complemento.¹ Pode ter origem familiar ou esporádica e pode manifestar-se em qualquer idade, principalmente em crianças de 2 a 6 anos pois o sistema imunológico ainda não tem resistência para combater e controlar as infecções, e é no período escolar que tem contato com muitas crianças, além de brincadeiras com terra e água contaminada. Os doentes têm um prognóstico precário, com altas taxas de morbidade e mortalidade nos episódios agudos e com elevado risco de progressão para insuficiência renal.¹

Como reflexo de uma desregulação do sistema do complemento, as manifestações da SHUa podem envolver, com diferentes frequências, todos os órgãos do corpo. Apesar das lesões da SHUa acometerem geralmente os rins, 20% dos pacientes também apresentam manifestações em outros órgãos.⁶ As manifestações extra-renais mais comuns são as manifestações hematológicas que incluem a trombocitopenia absoluta ou relativa em conjunto com anemia hemolítica microangiopática. A Falência renal aguda é a manifestação mais frequente, entretanto, os pacientes podem apresentar todos os aspectos de lesões desse sistema, podendo ser observada proteinúria isolada e hematúria, nesse contexto é importante a ingestão de líquidos para que não ocorra a desidratação e diminuição no consumo de proteína para que não sobrecarregue os rins.

O Envolvimento gastrointestinal é frequentemente caracterizado por diarreia sanguinolenta ou não. Também pode ocorrer náusea, vômito, pancreatite, além de acometimento hepático e colônico. Tendo Infecção do trato respiratório superior que é uma das manifestações extra-renais mais comuns da SHUa. O envolvimento do

trato respiratório inferior pode ser detectado por hipertensão e hemorragia pulmonar. Já manifestações do sistema cardiovascular incluem infarto do miocárdio, miocardite, cardiomiopatia dilatada ou isquêmica, gangrena periférica, doença dos grandes vasos, hipertensão, lesões coronárias e oclusivas.⁶

O melhor conhecimento sobre a fisiopatologia da SHUa foi acompanhado do surgimento de uma nova droga, eculizumab. O eculizumab é um anticorpo monoclonal humanizado que bloqueia a clivagem do C5 em C5a e C5b e a consequente formação do complexo de ataque, sustentando em níveis normais os parâmetros hematológicos.²

Antes do surgimento do Eculizumab, em 2011 e sua primeira utilização em 2013, a principal forma de tratamento era a terapia com plasma, através da infusão de plasma fresco associada ou não a terapia dialítica. Cujo objetivo era com o plasma diluir os autoanticorpos e suplementar os fatores reguladores do sistema complemento, e com a plasmaférese promover a remoção dos autoanticorpos.⁴ No entanto, esse tipo de tratamento não apresenta uma melhora significativa na função renal, assim como não previne a progressão para doença renal terminal, repercutindo na qualidade de vida.

O tratamento da doença renal terminal antes da introdução do Eculizumab era baseado no transplante renal, que apresentava alta taxa de recorrência, ou também no transplante fígado rim, que tinha como objetivo retirar o local de síntese das proteínas alteradas, no entanto, cursava com alta letalidade.¹

Apesar de recente, o tratamento prolongado com Eculizumab apresenta efeitos benéficos a nível renal, não só evitando a progressão, como também melhorando sua função e evitando a recorrência pós transplante renal.¹

O recurso à antibioterapia continua a ser controverso. Não existe um consenso na literatura quanto aos seus possíveis benefícios, ou se de fato está associada a um maior risco de desenvolver SHU.⁵

Habitualmente, os antibióticos são administrados nos casos mais graves, que têm tendencialmente uma maior propensão a desenvolver SHU, o que torna as suas conclusões enviesadas.⁵

Agentes diuréticos devem ser evitados por poderem exacerbar a depleção de volume, o que compromete a perfusão renal e pode agravar o processo trombótico, e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina podem, igualmente, diminuir o fluxo sanguíneo renal, agravando o quadro de insuficiência renal.⁵⁻⁶

O transplante renal afigura-se como uma das opções terapêuticas nos doentes que evoluem para DRT. No entanto, o seu uso em doentes com SHUa é controverso já que, comparativamente ao SHU típico, o prognóstico após transplante renal isolado é consideravelmente pior, devido ao elevado risco de recorrência da doença.⁴ Por outro lado, outros fatores como a terapêutica imunossupressora, as lesões isquêmicas do enxerto, infecções víricas e anticorpos específicos do doador contribuem para uma maior ativação do complemento após o transplante, favorecendo a recorrência do SHU e, conseqüentemente, a falência do enxerto.⁵

O maior risco de recorrência verifica-se para as mutações em CFH e CFI, podendo chegar aos 80% e é de 40-50% nos portadores de mutações em C3. Dados quanto à taxa de recorrência em portadores de mutações em CFB, THBD ou mutações combinadas são menos claros, mas estudos sugerem um risco igualmente elevado, com vários casos descritos. Nos doentes com autoanticorpos anti-CFH a taxa de recorrência pode ser de apenas 20% se o transplante for associado à Plasmaférese profilática e à administração de Rituximab.⁵ O resultado do Transplante Renal (TR) em pacientes com SHUa é precário. Numa série de 71 TR em adultos, a sobrevida do

enxerto foi de 51% em 5 anos, com uma taxa de mortalidade de 7% aos 5 anos. A falência de enxerto deve-se principalmente à recorrência de SHUa, que ocorre em 60 a 70% dos pacientes e ocorre precocemente após o TR, 70% no primeiro ano.⁶

Os transplantes renais de um doador vivo que seja familiar do doente também são desaconselhados já que, para além de estarem associados a maiores taxas de recorrência do SHU no enxerto, também podem despoletar a doença no doador, mesmo que o seu estudo genético não revele mutações em genes do complemento.⁶

A recorrência ocorre, na maioria dos casos, no 1º mês após a cirurgia. Em contraste, os transplantes renais isolados em doentes com mutações em MCP têm bons resultados, já que se trata de uma proteína transmembranar altamente expressa no endotélio renal, pelo que o enxerto vai corrigir a alteração subjacente.⁵⁻¹

Para a SHU desenvolvida após transplante não existe indicação para realização de Plasmaferese nestes doentes, mas existem alguns casos em que o tratamento com Eculizumab demonstrou bons resultados.⁵

O desenvolvimento de métodos de diagnóstico laboratorial e genético rápidos e acessíveis, aliados ao estudo e disponibilização em grande escala de agentes terapêuticos dirigidos, tal como a inibição terminal do complemento ou a neutralização da toxina Shiga, continuam a ser uma prioridade para que a morbidade e mortalidade desta doença continuem a diminuir.⁴⁻⁵

Conclusão

Após o estudo realizado podemos concluir que a Síndrome Hemolítica Urêmica é uma doença rara e grave de difícil diagnóstico que pode resultar na falência e complicações de vários órgãos, considerando que é uma doença assintomática de diagnóstico tardio, levando o portador da síndrome a progredir para Insuficiência renal crônica, em 50% dos casos e progredindo para o óbito em 25% dos casos na Fase aguda, sendo transplante renal considerado uma opção terapêutica nos portadores que evoluem para doença renal terminal. O que no caso dos doentes com Síndrome hemolítica urêmica atípica (SHUA) é controverso, devido o alto índice de recorrência da doença, outros fatores como a terapêutica imunossupressora, as lesões isquêmicas do enxerto, infecções virais e anticorpos específicos do doador contribuem para uma ativação do complemento após o transplante favorecendo a ocorrência do SHU e em consequência a falência do enxerto.

Para SHU desenvolvida após transplante é indicado o tratamento prolongado com eculizumab que demonstrou nos estudos bons resultados, pois o mesmo evita a progressão, como também age melhorando sua função e evitando a recorrência pós transplante renal.

Por ser uma doença rara de difícil diagnóstico e que leva ao portador a morbidade e mortalidade ainda são poucos os estudos encontrados a cerca da mesma, porém considero aqui que o objetivo deste trabalho foi alcançado levando em conta que pós o transplante renal pode haver recorrência de SHUa, e que após o transplante é necessário fazer tratamento medicamentoso por toda a vida para que não haja a progressão da mesma. Se faz necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que possam aprofundar e relatar novos diagnósticos que ajudem na descoberta precoce da doença para fins de tratamento mais eficaz sem a progressão após o transplante renal.

Referências

1.Eculizumab na Síndrome Hemolítica - Urêmica Atípica.;62–82.Yvoty A. S. Sens, Luiz A. Miorin, Hélio G. C. Silva, Pedro Jabur Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2017.

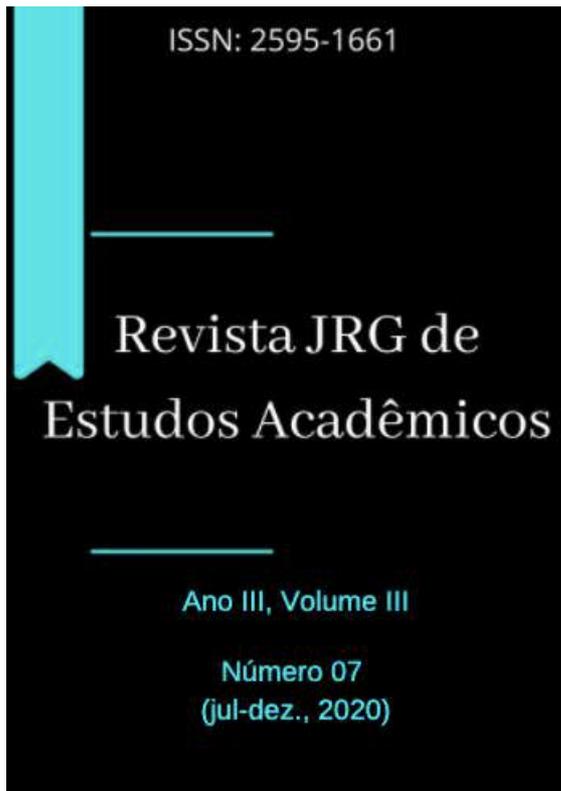
2.Sousa D. Síndrome Hemolítica Urêmica Atípica.;30. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=626330 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto, Portugal. 2014.

3.Drielly M. S. Ferreira; Carlos Pereira Nunes Eculizumab para tratamento da síndrome hemolítica urêmica atípica. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis V.1 | N.1.2017.

4.Tomás D, Luís A, Dra O, Santos J. O papel do Sistema Complemento no Síndrome Hemolítico Urémico Atípico.; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. 2014.

5.Sens YAS, Miorin LA, Silva HGC, Jabur P. Revisão / Atualização em Transplante Renal : Síndrome Hemolítico- Urêmica pós-transplante renal Síndrome Hemolítico-Urêmica.20 (2):211–4. 1998.

6.Nefrologia SB De. Um novo biênio, uma nova diretoria à frente da SBN; Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia Ano 25 | nº 116 Outubro Novembro Dezembro | 2018.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
08/06/2020.

Data de reformulação: 03/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta
de aceite): 12/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 13/07/2020

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12649742>

Publicado: 2020-07-13

A COMPREENSÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO FRENTE AOS RISCOS OCUPACIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO DE LIMPEZA DOS ARTIGOS MÉDICOS HOSPITALARES

THE UNDERSTANDING OF THE NURSING TEAM OF A MATERIAL AND STERILIZATION CENTER IN RESPECT OF OCCUPATIONAL RISKS RELATED TO THE PROCESS OF CLEANING OF HOSPITAL MEDICAL ARTICLES

*Kamila Alves Feitosa¹
Cinthyra Ramires Ferraz²
Fábio Pereira Feitosa³*

Resumo

Objetivos: avaliar a compreensão da equipe de enfermagem de uma central de material e esterilização frente aos riscos ocupacionais relacionados ao processo de limpeza de artigos médicos hospitalares; identificar os riscos ocupacionais que a equipe de enfermagem estão exposta durante o processo de limpeza dos artigos

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista. Especialista em Bloco cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva pela Escola Técnica e Pós-graduação em Enfermagem. E-mail: kamilaalvesenfermagem2014@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6283-521>

² Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Gama Filho. Especialista em Métodos dialíticos e transplante pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: cinthya_ferraz@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2163-8674>.

³ Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista. Pós-graduando em Unidade de Terapia Intensiva pela Escola Técnica e Pós-graduação em Enfermagem. Área específica do artigo: Saúde Pública. E-mail: fabiotstfeitosa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1094-5545>.

médicos e hospitalares na central de material e esterilização e investigar os mecanismos de autocuidado utilizados pela equipe de enfermagem que atuam em uma CME para reduzir a incidência de eventos relacionados aos riscos ocupacionais durante o processo de limpeza de artigos médicos hospitalares. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que foi realizada na CME de um hospital privado do DF. Os dados foram coletados mediante uma entrevista individual, utilizando-se um questionário com 13 perguntas fechadas elaboradas pela pesquisadora utilizando a literatura disponível. A amostra do estudo foram 22 profissionais de enfermagem que atuam na Sala de recebimento e limpeza dos artigos de uma (CME). **Resultados:** A pesquisa demonstra que (100%) dos profissionais de enfermagem da CME têm consciência dos riscos que estão expostos durante o processo de limpeza dos artigos médicos hospitalares. **Conclusão:** conclui-se que os profissionais de enfermagem da CME estão expostos aos riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicológicos. Neste ambiente da CME se evidencia a importância dos mecanismos de autocuidado através do comportamento preventivo na utilização dos EPIs, a fim de evitar as doenças infectocontagiosas e lesões ocupacionais nas quais o profissional da enfermagem estar suscetível durante a exposição dos riscos ocupacionais presentes em seu ambiente de trabalho e nas suas atividades laborais.

Palavras-chave: Central de Material e Esterilização. Riscos Ocupacionais. Equipe de Enfermagem.

Abstract

*Objectives: to evaluate the nursing team's understanding of a material and sterilization center regarding the occupational hazards related to the process of cleaning hospital medical articles; to identify the occupational risks that the nursing team is exposed during the process of cleaning the medical and hospital articles in the material and sterilization center and to investigate the self-care mechanisms used by the nursing team that work in a CME to reduce the incidence of related events occupational risks during the process of cleaning medical hospital articles. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory field research with quantitative approach, which was performed at the CME of a private hospital in the Federal District. The data were collected through an individual interview, using a questionnaire with 13 closed questions elaborated by the researcher using the available literature. The study sample consisted of 22 nursing professionals working in the Receiving and Cleaning Room (CME). Results: The research shows that (100%) of the CME nursing professionals are aware of the risks they are exposed during the process of cleaning medical hospital articles. **Conclusion:** it is concluded that the CME nursing professionals are exposed to biological, physical, chemical, ergonomic and psychological risks. In this CME environment, the importance of self-care mechanisms through preventive behavior in the use of PPE is evidenced in order to avoid infectious and contagious diseases and occupational injuries in which the nursing professional is susceptible during the exposure of occupational hazards present in their environment. work and in their work activities.*

Keywords: Material Central and Sterilization. Occupational Risks. Nursing team

Introdução

A Central de material e esterilização (CME) é uma unidade que presta assistência indireta ao paciente, localizada no ambiente hospitalar e/ ou em empresas terceirizadas cuja sua principal e primordial função é executar o processamento e/ ou reprocessamento de produtos para a saúde (PPS) que são denominados de artigos médicos hospitalares, os mesmos são utilizados na prestação de assistência direta e cuidados na saúde da população que necessita de atendimento médico hospitalar ¹.

De acordo com a sua evolução e com o passar das décadas, as CMEs foram classificadas em três tipos, sendo elas²:

- Descentralizada: aplicada até o final da década de 40, neste modelo de CME cada setor era responsável por preparar e esterilizar os seus materiais;
- Semi-centralizada: teve início na década de 50, cada setor preparava seus materiais, mas os encaminhava para serem esterilizados em uma única CME;
- Centralizada: utilizada atualmente, os materiais do hospital são processados e/ ou reprocessados no mesmo local, ou seja, os artigos são preparados, esterilizados, distribuídos para as unidades que prestam a assistência aos clientes.

A CME centralizada denota inúmeros benefícios, dos quais podem-se salientar e destacar: a eficiência, eficácia e efetividade e a maior segurança para as equipes assistenciais e para a população que necessita de atendimento médico hospitalar. Com esse histórico e avanço tecnológico, as CMEs mostrou-se a necessidade de aperfeiçoar habilidades técnicas para o desenvolvimento dos processos de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento dos artigos médicos hospitalares².

Esses artigos médicos hospitalares são classificados em não-crítico (que são aqueles que tem contato com a pele íntegra do paciente. Exemplo: mobília, comadres, papagaios e entre outros); os semi-críticos (que são aqueles que tem contato com a mucosa íntegra do paciente. Exemplo: máscara de nebulização utilizadas em desconforto respiratórios e endoscópios) e os críticos (que são aqueles que possuem contato direto com a corrente sanguínea do paciente. Exemplo: pinças cirúrgicas e entre outros)¹.

Após a sua utilização os mesmos são encaminhados a área de recepção (expurgo), aonde é realizada as etapas de inspeção, pré-limpeza e limpeza. A sala de recebimento de artigos médicos hospitalares (expurgo) é classificada como área suja e crítica, pelo risco aumentado para o desenvolvimento de infecções relacionadas ao reprocessamento de artigos contaminados^{1,2,3}.

A limpeza dos PPS (artigos médicos hospitalares) consiste em remover sujidades presentes orgânicas e inorgânicas, com a finalidade de reduzir a carga microbiana presente, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização, até a sua utilização, evitando a incidência de infecções no ambiente hospitalar¹.

Para evidenciar e regulamentar os requisitos de boas práticas das CME's para o processamento e/ ou reprocessamento desses produtos para saúde a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabeleceu a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012. Esta resolução foi estipulada para a fixação dos requisitos necessários e ao fluxograma de como as CMEs de todo território brasileiro devem ser organizadas para se ter um bom processamento e/ ou

reprocessamento os artigos médicos hospitalares. Preconizando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na assistência à população que necessita de cuidados. Após as etapas de recepção, inspeção, pré-limpeza e limpeza, os artigos médicos hospitalares passam pelas demais etapas de processamento e/ ou reprocessamento estabelecidas pela RDC nº 15, que são elas: secagem, preparo, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras que prestam assistência aos paciente¹.

A enfermagem tem alta relevância no contexto hospitalar, por representar e compor a maioria dos profissionais em estabelecimentos de saúde, proporcionando assistência direta e indireta, abrangendo ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde, direcionado aos usuário dos serviços de saúde. Em vista disso, para que os profissionais da enfermagem que atuam nas CMEs preste um serviço de assistência indireta com excelência direcionada aos usuários dos serviços de saúde, a Resolução do COFEN nº 424/2012 considerando as normas da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012, normatizou as atribuições dos profissionais e dos membros da enfermagem da central de material e esterilização (CME) e das empresas processadoras de produtos para a saúde^{4,5,6}.

Em seu art. 1º a resolução do COFEN nº 424/2012 normatiza que os enfermeiros coordenadores, chefes ou responsáveis pela CME, ou das empresas processadoras e ou reprocessadoras de produtos para saúde: as seguintes atividades devem realizar as atividades de planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras^{6,7}.

Em seu art. 2º a resolução do COFEN nº 424/2012 normatiza que os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem da CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde devem atuar e realizar as atividades previstas nos Protocolo Operacional Padrão (Pops), sob orientação e supervisão do Enfermeiro^{6,7}.

Os riscos são um conjunto de causas que tem a capacidade de ocasionar consequências e impactos na saúde, são elas: lesão, doença ou prejuízos à saúde, cada profissão pode estar desprotegida e submetida a maiores ou menores riscos ocupacionais em suas atividades laborais^{8,9}.

Os riscos ocupacionais mais comuns nas ações e nas atividades laborais da equipe de enfermagem em uma CME são classificados em: os biológicos, que possuem microrganismos; químicos, representados por substâncias químicas nas formas líquida, sólida e gasosa; os físicos, gerados por radiação ionizantes e não ionizantes, vibrações, ruídos, eletricidade e temperaturas altas; os ergonômicos, procedentes de mobília e posturas inadequadas, iluminação e ventilação deficiente; os psicossociais, resultantes de relações conflituosas, trabalho em turnos diferentes, monotonia ou ritmos excessivos de trabalho e os mecânicos decorrentes a condições do ambiente que podem levar ao acidente de trabalho^{4,5,6}.

Para que haja medidas de proteção a segurança e a saúde dos trabalhadores que prestam serviços de saúde a população, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), aprovou e implementou a Norma Regulamentadora nº 32 através da portaria n.485, de 11 de novembro de 2005. A NR-32 preconiza que cada instituição que presta a promoção e assistência à saúde da população deverá promover a capacitação e treinamentos periodicamente dos profissionais, frente aos riscos ocupacionais preparando-os para o cumprimento das normas estabelecidas, sendo elas: dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde; medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes; normas e procedimentos de higiene; utilização de

equipamentos de proteção coletiva e individual, paramentação adequada para o exercício de suas atribuições; medidas a serem adotadas em ocorrência de acidentes de trabalho e nas medidas para a prevenção de acidentes de trabalho¹⁰.

Assim percebe-se o hiato estabelecido entre as informações emitidas pela literatura e o concreto (re) conhecimento por parte dos profissionais de saúde da relevância da adoção de tais ações. O levantamento dos conhecimentos sobre essa temática permitirá estabelecer subsídios para ações de formação e educação continuada sobre riscos ocupacionais relacionados ao processo de limpeza dos artigos médicos hospitalares na central de material e esterilização.

Portanto, os objetivos deste trabalho foi avaliar a compreensão da equipe de enfermagem de uma central de material e esterilização frente aos riscos ocupacionais relacionados ao processo de limpeza de artigos médicos hospitalares, identificando os riscos ocupacionais que a equipe de enfermagem estão expostas durante o processo de limpeza dos artigos médicos e hospitalares na central de material e esterilização e investigar os mecanismos de autocuidado utilizados pela equipe de enfermagem que atuam em uma CME para reduzir a incidência de eventos relacionados aos riscos ocupacionais durante o processo de limpeza de artigos médicos hospitalares.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, que foi realizada na CME de um hospital privado do DF.

Neste hospital, a equipe de enfermagem da CME é composta por 01 enfermeiro supervisor, 01 enfermeira rotineira e 05 enfermeiros assistenciais, 58 técnicos de enfermagem e 7 auxiliares de enfermagem e 01 atendente de enfermagem (AOSD), distribuídos nos turnos diurnos e noturnos, com a jornada de trabalho 12x36, 6x18 e horário comercial de segunda-feira a sexta-feira das 8hs às 18hs.

A amostra do estudo foram 22 profissionais de enfermagem que atuam na Sala de recebimento e limpeza dos artigos de uma Central de Material e Esterilização (CME).

A supramencionada CME de acordo com a RDC nº 15, da ANVISA de 2012, é classificada como de classe II, executando a função de prestar serviços e cuidados indiretos aos clientes e/ou pacientes e dispensar os artigos para o Centro Cirúrgico e as unidades de assistência de cuidados diretos. Dispõe a finalidade de realizar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização, identificação, empacotamento, armazenamento e distribuição dos materiais às unidades hospitalares¹.

O critério de inclusão para a participação da pesquisa foram os profissionais de enfermagem, ambos os sexos, que atuem na CME por mais de 6 meses na área de limpeza. Como critério de exclusão foram os profissionais que tinham menos de 6 meses na área de limpeza da CME, os que encontraram-se de férias e afastados por atestado médico e os que atuassem nas outras áreas pertencente a CME, sendo elas: a área de desinfecção química, área de preparo e esterilização, armazenamento e distribuição dos artigos médicos/ hospitalares.

A coleta de dados foi realizada no mês de Março de 2018; o tempo médio de entrevistas abrangeu 15 minutos, sendo todas realizadas por apenas uma pesquisadora.

A fim de atender às exigências éticas, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP), no intuito do cumprimento das diretrizes da Resolução 466/12 do CNS/MS, no que se refere a pesquisa com seres

humanos e aprovado sob o parecer nº 2.533.031. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados mediante uma entrevista individual, utilizando-se um questionário com 13 perguntas fechadas elaboradas pela pesquisadora utilizando a literatura disponível. As respostas foram avaliadas e analisadas de acordo com a descrição, exploratória e o conteúdo da problemática.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel, após sua compilação e foram apresentados por meio de tabelas.

Resultados e Discussão

Nesta etapa do estudo, serão apresentados os resultados obtidos por meio da abordagem quantitativa adotada na pesquisa com os profissionais de enfermagem de uma Central de Material e Esterilização de um Hospital Privado do DF que atuam na CME por mais de 6 meses na área de limpeza.

A caracterização da amostra e a análise dos resultados obtidos da pesquisa foram apresentadas com auxílio de tabelas e a discussão dos resultados foi realizada com a comparação dos resultados obtidos na literatura.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de Enfermagem da CME, segundo variáveis empregatícias. Brasília– DF, 2018.

Características Sociais	N	%
Sexo		
Feminino	22	100
Masculino	0	0
TOTAL	22	100
Idade	N	%
20-29 anos	4	18
30-49 anos	15	68
50-65 anos	3	14
TOTAL	22	100
Características Profissionais	N	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	4	18
Técnico em Enfermagem	16	73
Auxiliar de Enfermagem	2	9
TOTAL	22	100
Tempo de trabalho na instituição	N	%
> de 6 meses	3	14
> de 1 ano	6	27
Acima de 2 anos	13	59
TOTAL	22	100
Profissionais que tem mais de um emprego	N	%
Não	17	77
Sim	5	23
TOTAL	22	100

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2018.

Na presente pesquisa os resultados para a variável de características sociais demonstram que 22 (100%) dos profissionais de Enfermagem entrevistados da CME pertencem ao sexo feminino, esses dados não se difere do estudo realizado com quarenta e oito profissionais de enfermagem de uma CME de um Hospital Regional em Teresina – PI, com a prevalência de 93,55% do sexo feminino¹¹.

A característica social relacionada as idades das profissionais, 4 (18%) das entrevistadas tem a faixa etária entre 20 a 29 anos, 15 (64%) com a faixa etária entre 30 a 49 anos e 3 (14%) com a faixa etária entre 50 a 65 anos, esses dados também são semelhantes no estudo realizado com os mesmos quarenta e oito profissionais de enfermagem de uma CME de um Hospital Regional em Teresina – PI, pois esses profissionais tem a idade superior faixa etária de 54 a 59 anos 29,2%, seguido da faixa de 25 a 47 anos 27,1% e 48 a 53 anos 22,9%¹¹.

Em relação a variável das características profissionais, das categorias profissionais a categoria de maior relevância foram dezesseis técnicas de enfermagem com (73%), em segundo as quatro Enfermeiras com (18%) e seguida por duas auxiliares de enfermagem com (19%). Se diferenciando da literatura, em comparação ao estudo realizado por Gouveia et al, a variável por categoria profissional é possível evidenciar que o seu maior quantitativo das profissionais pertencem a categoria de Técnicos em enfermagem (56,3%), após seguido dos auxiliares de enfermagem (29,2%) e por seguinte os enfermeiros (14,6%)¹¹.

Em relação ao tempo de trabalho das profissionais na presente pesquisa na instituição, 3 (14%) trabalha na instituição mais que 6 meses, sendo essas contratadas entre os meses de abril e junho de 2017, 6 (27%) a mais de 1 ano, sendo essas contratadas entre os meses de janeiro e fevereiro do ano de 2017 e 13 (59%) acima de 2 anos, sendo essas contratadas nos anos anteriores de 2015, essas contratações foram feitas por regime celetista (CLT) por se tratar de um hospital privado, os resultados se difere dos estudos encontrados na literatura, pois, em comparação ao estudo por Gouveia et al, as contratações foram feitas por regime estatutário (Concurso Público) por se tratar de hospital público, as 15 (31,2%) foram feitas entre os anos de 1983 a 1988, as 12 (25%) das contratações foram feitas nos anos de 1972 a 1982 e 9 (18,8%) das contratações entre os anos de 1989 a 2002¹¹.

Segundo a presente pesquisa, 17 (77%) relatam que não têm mais de um vínculo empregatício e 5 (23%) têm mais um vínculo empregatício, os resultados encontrados, não se difere dos estudos encontrados na literatura segundo Gouveia et al, quanto ao número de vínculos empregatícios encontrados a maioria dos profissionais (58,3%) tinham somente um vínculo, outros mantinham 2 vínculos (37,5%) e até 3 vínculos empregatícios (4,2%)¹¹.

A extensa carga de horas trabalhadas, mais de um vínculo empregatício devido à má remuneração da categoria, é um fator determinante para a ocorrência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho decorrentes ao cansaço e esgotamento físico e mental do profissional no ambiente de trabalho¹¹.

A extensa carga de horas trabalhadas impacta de forma negativa tanto na vida profissional, familiar e social do profissional de enfermagem. Desta maneira, os profissionais acabam encontrando dificuldades em se relacionar socialmente e com a sua família por não terem tempo para realizar atividades de lazer. Sendo assim, as longas jornadas de horas trabalhadas acabam se tornando relacionadas a doenças e sintomas tais como episódios de hipertensão arterial, depressão, distúrbios musculoesqueléticos, desconforto gastrointestinais, estresse e fadiga, além de

estarem ligadas a comportamentos inadequados de saúde, tais como: maior consumo de álcool, ao tabagismo, sedentarismo e aos distúrbios do sono¹².

Associada a esses fatores, a incidência do sexo feminino na enfermagem implica na jornada de trabalho doméstico impactando o seu convívio no contexto profissional e na jornada de trabalho por ocasionar desgaste físico e mental¹².

Perante o exposto, nota-se a sobrecarga de horas longas trabalhadas na qual a enfermagem está sujeita, devido a baixa remuneração acaba levando-o à duplo/triplo vínculo empregatício, gerando sobrecarga e problemas de saúde, sendo que estas consequências ocasiona ao absenteísmo, elevando os custos da instituição¹³.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais da CME segundo riscos ocupacionais. Brasília – DF, 2018.

Profissionais que acreditam estarem expostos a algum risco ocupacional durante o processo de limpeza	N	%
Não	0	0
Sim	22	100
TOTAL	22	100
Riscos ocupacionais que os profissionais acreditam que estão expostos durante o processo de limpeza	N	%
Riscos biológicos	22	100
Riscos psicológicos	18	82
Riscos químicos	19	86
Riscos ergonômicos	17	77
Riscos físicos	22	100
Profissionais que já sofreram algum tipo de lesão decorrente aos riscos ocupacionais	N	%
Não	21	95
Sim	1	5
TOTAL	22	100
Motivos para que acontece-se alguma lesão decorrente aos riscos ocupacionais	N	%
Falta de atenção	1	5
Falta de uso do EPI por negligência pessoal	0	0
Falta de uso do EPI por falta de conhecimento	0	0

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2018.

Em relação a distribuição dos profissionais da CME segundo riscos ocupacionais, 22 (100%) dos Profissionais entrevistados acreditam que estão expostos a algum risco ocupacional durante o processo de limpeza e dos 22 participantes da pesquisa 100% acreditam que estão expostos aos riscos biológicos e aos riscos físicos durante o processo de limpeza, seguido por riscos químicos (86%), riscos psicológicos (82%) e os Riscos ergonômicos (77%).

Em comparação a pesquisa realizada com doze profissionais de uma CME de um hospital privado do Rio Grande do Sul localizado na região noroeste do estado, os dados não se diferenciam da presente pesquisa, pois, a maioria 37 (74%) acreditam que vivenciam com algum tipo de exposição aos riscos ocupacional na CME, sendo

assim, os resultados comprovam que os profissionais de enfermagem têm conhecimento sobre a exposição dos riscos ocupacionais¹⁴.

Enquanto que dos 22 entrevistados 21 (95%) nunca sofreram algum tipo de lesão decorrente aos riscos ocupacionais e somente 1 (5%) já sofreu algum tipo de lesão decorrente aos riscos ocupacionais, o motivo para que acontece-se alguma lesão decorrente aos riscos ocupacionais foi a falta de atenção.

Segundo Bittencourt et al os resultados não se divergem de sua pesquisa, pois, foi possível observar que 76% profissionais nunca sofreram algum tipo de acidente no trabalho, enquanto 24% se opuseram afirmando já terem sofrido algum tipo de acidente¹⁴.

Os riscos ocupacionais em uma CME incluem agentes biológicos, químicos e físicos, que em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição são suscetíveis a ocasionar danos à saúde dos profissionais de enfermagem. A estes acrescentam-se os riscos ergonômicos, que englobam aspectos relacionados à organização do trabalho, mobiliário, equipamentos e condições de trabalho como levantamento, transporte e descarga de materiais pesados, e os psicossociais (psicológicos), decorrentes de relações conflituosas, trabalho em turnos diferentes, monotonia ou ritmos intensos de trabalho. A exposição a esses riscos pode ou podem favorecer para o adoecimento e acidentes de trabalho¹⁴.

As maiores exposições aos riscos ocupacionais nesse setor, ocorrem quando o trabalho se torna insatisfatório para os profissionais devido a desorganização dos serviços, deficiência de recursos humanos e estrutura física inadequada interferindo ergonômicamente. Para garantir eficiência, eficácia e efetividade relacionados a segurança durante os processos de trabalho, tornam-se essencial a constante atualização e a existência de uma postura envolvida dos profissionais que exercem suas atividades laborais¹⁵.

Nesse ponto de vista, as principais causas e algumas situações que pode ou podem aumentar a sua exposição aos riscos ocupacionais, proporcionando e aumentando a incidência de acidentes de trabalho, sendo elas: rotinas corriqueiras e desgastantes, elevada carga horária semanal, quadro de pessoal reduzido sobrecarregando o desempenho de suas funções, a falta de conhecimento e interesse sobre medidas preventivas, a paramentação inadequada, o uso inadequado e pela falta de adesão ao uso dos EPIs, baixa remuneração, insatisfação no trabalho pela falta de realização pessoal, as condições inadequadas de trabalho, crise de enxaqueca, irritação, depressão, estresse^{5,8}.

O estresse ocupacional pode ocorrer em virtude da complexidade das relações entre, de um lado, as condições atividades laborais e as extra laborais, e das particularidades do profissional. Desta maneira, ocorre o desgaste e/ou redução da capacidade para o profissional exerce as suas atividades laborais, provenientes da dificuldade de tolerar, de superar ou de adaptar às exigências psicológicas percebidas como abusivas, inesgotáveis e insuperáveis. Assim, o estresse afeta a dimensão psíquica, no que leva ao desgaste físico e mental do profissional, ocasionando doenças e impossibilitando a capacidade criativa e de solucionar problemas nas atividades laborais. Todo esse contexto e situação não só afeta a concentração e atinge a atenção nas atividades, mas também impacta na satisfação em poder trabalhar e em ser produtivo e eficiente¹⁶.

Além do mais, o trabalho da enfermagem é destacado como responsável por causar uma grande carga de estresse e prejuízos a saúde destes profissionais, expondo-os a riscos biológicos, físicos, psicológicos, químicos e ergonômicos sendo

que esses riscos, são definidos como carga excessiva de trabalho ou riscos ocupacionais, que tornam o exercício perigoso e insalubre e penoso¹³.

A repetitividade durante o exercício das atividades laborais facilita e proporciona o aumento das doenças relacionadas ao trabalho, como as lesões por esforços repetitivos (LER) e aos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), aumentando e estendendo o sofrimento no ambiente de trabalho¹⁶.

As LER e os DORT resumem-se em distúrbios funcionais ou orgânicos resultados de fadiga de origem ocupacional. Ressalta-se que essas lesões e distúrbios podem acometer tendões, sinovias, fâscias, ligamentos, de forma isolada ou simultaneamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo, principalmente, os membros superiores, região escapular e pescoço. São decorrentes de esforços repetitivos e forçados de grupos musculares, bem como a manutenção de postura inadequada. No meio dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT's) destacam-se as dores musculares, os problemas de articulações crônicas e as lesões na coluna vertebral que foram relativas ao levantamento de pesos, ao trabalho com movimentos repetitivos, ao trabalho em pé, exigência de força, à falta de exercício, posturas ergonômicas erradas e até mesmo problemas psicológicos^{11,14}.

Há alguns agravos também que pode ou podem estar associados aos riscos ocupacionais em exercício da enfermagem, sendo eles: acidentes, dores, hipertensão, varizes fadiga, lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT)^{5,8}.

Dentre os Fatores de Riscos Ergonômicos a que estão expostos os profissionais de enfermagem na central de material e esterilização destacam-se a estrutura física inadequada, a mobília, distribuição de pessoal e/ou equipe, ferramentas de trabalho, posturas inadequadas do profissional. Sabe-se que neste setor as atividades são limitadas por tarefas monótonas e repetitivas¹¹.

O profissional de enfermagem da CME desenvolve atividades que acabam requerendo esforços, exigindo mobilizações do corpo tais como cargas diversas, postura inadequada e ritmo excessivo de trabalho requerendo atenção para serem desenvolvidas. Medidas de autocuidado na prevenção durante a exposição aos riscos ergonômicos, se tomadas de forma pontual podem evitar o desenvolvimento de doenças e se não controlada, podem levar ao desequilíbrio e ao desenvolvimento das mesmas. Para que os profissionais tenham mobilidade e segurança é necessário um amplo espaço para executar suas atividades com habilidade técnica e científica, tendo em vista que estas requerem uma atenção especial e cuidados, bem como para o preparo adequado dos materiais, além de evitar riscos físicos aos profissionais^{11,14}.

A exposição aos riscos físicos decorrentes a temperatura alta por desconforto térmico pode causar danos à saúde dos profissionais, causando a diminuição da capacidade de concentração, além de proporcionar e contribuir com a incidência de acidentes. É importante salientar que as temperaturas elevadas não são adequadas as instituições de saúde, pois o calor acelera o crescimento de microorganismos, elevando o risco de infecções¹⁶.

A exposição aos ruídos eventualmente danosos tem gerado uma atenção para saúde ocupacional. Devido ao acionamento de alarmes sonoros dos equipamentos, de forma contínua e sucessivas, mesmo os com ruídos de menos intensidade, afeta e atinge a audição do profissional. Para a prevenção é necessário o uso de equipamentos de proteção auricular adequado¹⁴.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais da CME, segundo adesão de EPI como medidas preventivas durante a limpeza dos artigos. Brasília – DF, 2018.

Conhecimentos e habilidades sobre o processo de limpeza dos artigos	N	%
Durante a formação profissional	1	5
Durante a formação profissional e no setor, com os colegas de trabalho	2	9
No setor, com os colegas de trabalho	19	86
TOTAL	22	100
Profissionais que tem o costume de utilizar a paramentação e todos os EPIs de forma adequada	N	%
Não	2	9
Sim	20	91
TOTAL	22	100
EPIs que os profissionais utilizam na limpeza dos artigos	N	%
Gorro	22	100
Máscara facial	21	95
Abafador auricular e/ou protetor auricular	20	90
Luvras de procedimentos e luvas de cano longo	21	95
Óculos de proteção	21	95
Botas de borracha	20	90
Avental impermeável	21	95
Motivos que os profissionais acham para não utilizarem os EPIs	N	%
Por não haver necessidade	0	0
Ineficácia dos EPIs	0	0
Negligência profissional	1	5
Falta de habilidade para o seu uso	0	0
Por pressa acaba esquecendo de utiliza-los	2	9
Profissionais que sentem dificuldades de usar os EPIs	N	%
Não	13	59
Sim	9	41
TOTAL	22	100
Dificuldades que os profissionais encontram ao utilizar os EPIs durante o processo de limpeza dos artigos	N	%
Máscara facial, por dificultar a respiração e causando sufocamento	3	14
Abafador auricular e/ou protetor auricular, por machuca o ouvido e dificultar a audição	5	23
Luvras de procedimentos e luvas de cano longo, por tirarem a sensibilidade e agilidade na hora de realizar os procedimentos da limpeza	0	0
Óculos de proteção, por embaçarem a visão e dificultando a mesma	5	23
Botas de borracha, por serem pesadas e causarem dores nas costas e nas pernas e por dificultar a flexão das pernas	9	41
Avental impermeável, por causar calor e suor	4	18

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2018.

Sobre as competências durante o processo de limpeza dos artigos médicos hospitalares dos 22 participantes somente 1 (5%) disse que aprendeu a realizar a

limpeza durante a formação profissional, 2 (9%) durante a formação profissional e no setor, com os colegas de trabalho e 19 (86%) No setor, com os colegas de trabalho.

De acordo com Bittencourt et al os resultados são semelhantes, pois foi possível constatar que os profissionais de enfermagem reconhecem a necessidade de funcionários capacitados para atuar na CME¹⁴.

Também foi possível identificar que dos 22 profissionais entrevistados somente 2 (9%) não faz a adesão dos EPIs de forma adequada e que dos 22 entrevistados 20 (91%) utilizam os EPIs de forma adequada, os EPIs utilizados e citados de maior prevalência, são: o gorro com (100%), a máscara facial (95%), as luvas de procedimentos e as luvas de cano longo (95%), os óculos de proteção (95%), o avental impermeável (95%) e os que são menos aderidos e utilizados foram o abafador auricular e/ou protetor auricular com (90%) e as botas de borracha com (90%).

No estudo realizado em dois hospitais públicos de João Pessoa – PB, onde verificou-se o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) por cinquenta profissionais das Centrais de Material e Esterilização (CME). Foi possível identificar que 74% afirmaram que os utilizam frequentemente durante as suas atividades, (22%) relataram que usam algumas vezes e (4%) não souberam responder a essa questão e em relação aos EPIs mais utilizados durante a limpeza dos artigos, os mais prevalentes foram as luvas com 96% e as máscaras com 84%, enquanto os capotes foram menos mencionados com 30%. Sendo assim, os resultados são semelhantes com a presente pesquisa, pois, os dados apontam que os profissionais não usam regularmente os EPIs de forma adequada e segura, expondo-os aos riscos ocupacionais aumentando a incidência de acidentes e agravos a saúde do profissional¹⁴.

Em relação aos profissionais sentirem dificuldades ao usar os EPIs, dos 22 entrevistados 13 (59%) não sentem dificuldades e 9 (41%) sentem dificuldades ao utilizar os EPIs. Porém, os EPIs com mais dificuldades de serem utilizados foram as botas com (41%) por serem pesadas e causarem dores nas costas e nas pernas e por dificultar a flexão das pernas, os abafador auricular e/ou protetor auricular, por machuca o ouvido e dificultar a audição com e os óculos de proteção, por embaçarem a visão e dificultando a mesma com (23%), o avental impermeável, por causar calor e suor com (18%), a máscara facial, por dificultar a respiração e causando sufocamento com (14%) e já não referiram dificuldades ao luvas de procedimentos e luvas de cano longo, por tirarem a sensibilidade e agilidade na hora de realizar os procedimentos da limpeza.

Segundo ao estudo realizado em seis hospitais em Londrina - PR, com cem trabalhadores de CMEs de seis hospitais da cidade de Londrina – PR, os seus dados se diferenciaram aos resultados coletados na presente pesquisa, pois, 55% dos profissionais demonstraram e apresentaram sentimentos negativos ao uso dos EPIs e que 40% relatam sentimentos positivos, pois sabem que o uso dos EPIs são de extrema importância para a prevenção dos acidentes e agravos e os sentimentos negativos são manifestados pelo o incômodo, o desconforto, a sufocação, o calor, as dificuldade na sua utilização e entre outros fatores¹⁸.

O conhecimento da enfermagem frente aos riscos ocupacionais para a prevenção de acidentes, lesões e distúrbios relacionados ao trabalho em uma Central de Material e Esterilização (CME) hospitalar é relevante, uma vez que as características desse setor de trabalho são diversas de outras unidades no ambiente hospitalar. Além disso, os profissionais estão expostos a riscos provenientes da assistência direta aos pacientes e indireta, pelo processamento e/ ou reprocessamento dos artigos hospitalares¹⁴.

Sabe-se que as falhas na CME podem ocorrer por desatualização dos profissionais; a não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de forma correta e adequada e até mesmo a sua não adesão; falta de qualificação e conhecimento dos profissionais. Entretanto, inúmeros fatores podem estar relacionados aos acidentes ocorridos nesse setor, como: sobrecarga de trabalho; jornadas de trabalho fadigantes e desgastantes; desgaste físico e mental; plantões noturnos; falta de atenção; excesso de confiança; falta de capacidade e habilidade técnica e entre outros¹⁵.

O manuseio e a limpeza de artigos requer uma atenção maior e cuidados pelos os profissionais. Tanto que devem ser estabelecidas medidas padronizadas de precauções, como a utilização dos EPIs independentemente do nível de contaminação do artigo e o seu uso é indispensável em locais caracterizados e indicados como os insalubres e naqueles que envolvem higiene e segurança para sua elaboração¹⁶.

Durante o desempenho de suas atribuições a equipe de enfermagem da Central de Material e Esterilização (CME) deverá modificar o seu comportamento frente aos riscos ocupacionais em seu ambiente de trabalho aonde executam suas atividades⁴.

De acordo com a Norma regulamentadora do Ministério do trabalho (NR) 6 o uso dos EPIs é indispensável, nos quais os mesmos devem ser distribuídos de maneira gratuita, para assegurar a segurança dos profissionais que estão expostos aos riscos prevenindo acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais¹⁹.

O empregador tem a obrigação de comprovar a realização da capacitação para a inspeção do trabalho por meio de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos profissionais de enfermagem envolvidos¹⁰.

Essas atividades com o intuito de prevenir danos e/ ou lesões que interfiram em sua saúde e bem-estar, através da promoção com a utilização dos mecanismos de autocuidado, na conscientização sobre a paramentação adequada, na adesão e na utilização dos EPIs de forma adequada, durante suas atribuições no ambiente hospitalar^{5,8,10}.

Para a redução dos acidentes de trabalho, também tornou-se obrigatório que as instituições de saúde estabeleçam uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), assim como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e os programas PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e PPRO (Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais)^{5,8,10}.

A adoção de medidas de biossegurança é essencial para os profissionais expostos aos riscos ocupacionais, sendo que a educação continuada é fundamental. Porém, os temas de biossegurança na CME são pouco discutidos durante a formação dos profissionais de enfermagem¹⁵.

As medidas de biossegurança protegem, eliminam ou minimizam os riscos presentes, buscando como objetivo a preservação do bem estar e a saúde do profissional. A não adesão dos EPI e a sua utilização de maneira inadequada são resultantes de fatores como incômodo, esquecimento, desconforto, descuido, quantidade insuficiente, falta de hábito, inadequação dos equipamentos, a sobrecarga de trabalho e o cansaço físico. Essas condições são acentuadas pela deficiência das instituições de saúde e outras particularidades e fatores relacionados à sistematização específica do trabalho, como a não atualização e a não vivência da educação continuada nas CMEs¹⁷.

Essas medidas de biossegurança devem ser implementadas e adotadas nas atividades realizadas na área de recebimento e limpeza dos artigos que foram utilizados na assistência ao paciente, com o objetivo de minimizar os riscos, são elas: o reconhecimento dos riscos; a identificação e a utilização de medidas preventivas; conscientização dos profissionais frente aos riscos nos quais estão expostos¹⁸.

A RDC nº 15 e a SOBECC (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização) preconizou e estabeleceu a utilização de EPI's, como medidas de prevenção na exposição dos riscos biológicos como contaminação por respingos de sangue ou demais secreções corpóreas ou acidentes percutâneos. São eles: o gorro, os óculos de proteção, máscaras, luvas de procedimentos, luvas de borracha com cano longo, avental impermeável manga longa, protetor auricular e calçado fechado impermeável e antiderrapante^{1,3}.

Os EPIs algumas vezes, tornam-se um incômodo devido à redução da sensibilidade das mãos, aumento da temperatura corpórea ao utilizar o avental de manga longa e pela dificuldade dos movimentos, exigindo persistência em seu uso e reconhecimento de seus benefícios. Observa-se que existe uma certa resistência e rejeição na prática ao utilizar e aderir os EPI's de maneira adequada, pois os mesmos são desconfortáveis e muitas vezes dificultam a realização das atividades laborais^{19,20}.

O profissional de Enfermagem que cria resistência ao utilizar o EPI e quando o utiliza de forma inadequada, acaba aumentando a probabilidade de se expor ao risco biológico. Além do mais, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) é fundamental e primordial nas medidas de autocuidado na prevenção de acidentes na proteção do profissional contra a contaminação, ofertando e proporcionando ao trabalhador maior segurança em exercício de suas atividades laborais^{3,14}.

A adesão dos EPI está relacionada a compreensão dos profissionais frente aos riscos nos quais estão expostos e a vulnerabilidade dos mesmos. O uso dos EPIs é obrigatório aos profissionais de Enfermagem da CME em razão dos riscos biológicos, físicos, químicos presentes na sala de recepção e limpeza¹⁷.

Conclusão

Mediante os resultados encontrados nesse estudo, percebeu-se que equipe de enfermagem está ciente dos riscos ocupacionais que está exposta durante a execução das suas atividades laborais e da necessidade do uso adequado de EPI's para protegê-los dos riscos biológicos, mecânicos, ergonômicos entre outros.

Sugere-se, dessa forma, a ampliação de novos estudos, para proporcionar o aprimoramento e a funcionalidade na gestão de riscos ocupacionais, assim como a sua aplicabilidade em outras categorias profissionais. Reforça-se também a necessidade da realização de estudos sobre o conhecimento dos profissionais acerca da utilização dos EPIs, visto que os trabalhadores os utilizam de forma parcial ou inapropriada.

Sabe-se que o funcionamento adequado da Central de Materiais e Esterilização é de fundamental importância no planejamento dos diversos setores hospitalares. Desse modo, valorizar a qualidade de vida dos profissionais, bem como fortalecer os vínculos destes com a educação permanente e continuada, é imperativo na garantia da saúde dos envolvidos.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 15, de 15 de Março de 2012. Requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 de março de 2012; Seção 1. Acesso em: 21 de agosto de 2017. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html >.
2. Leite BL. Central de Material Esterilizado projeto de reestruturação e ampliação do Hospital Regional de Francisco Sá. Acesso em: 04 de Abril de 2018. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_CME_flavia_leite.pdf >.
3. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde-SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 7. Ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBREC, 2017.
4. Riffel FA, Zirr JA, Novick A, Mallet EKM. Análise Epidemiológica de Acidentes com Material Perfurocortante Ocorridos com a Equipe de Enfermagem em um Hospital na Cidade de Santa Rosa/RS. v. 7, n. 13-14 (2014). Acesso em: 27 de janeiro de 2018. Disponível em:<local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/197>.
5. Espindola MCG, Fontana RT. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2012 mar; 33(1):116-123. Acesso em: 06 de agosto de 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100016>.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 424, de 19 de Abril de 2012. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde. Acesso em: 28 de janeiro de 2018. Disponível em<<http://site.portalcofen.gov.br/node/8990>>.
7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP 003/2012-CT. PRCI nº 98.434/2012 e Ticket nº 257.546, 05 de julho de 2012. Atribuições dos profissionais de enfermagem no Centro de Material e Esterilização-CME. Responsabilidade do Enfermeiro. Resolução COFEN nº 424/2012 e RDC ANVISA nº 15/2012. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Disponível em:<portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2012_3.pdf>
8. Silva CDL, Pinto WM. Os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar e fatores que favorecem a sua ocorrência. Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 95-105, dez. 2012. Acesso em: 27 de janeiro de 2018. Disponível em:< fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>
9. Medeiros KP, Bezerra ALD, Sousa MNA. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho na central de materiais esterilizados de um hospital de cajazeiras – PB XXXI encontro nacional de engenharia de produção Inovação Tecnológica e

Propriedade Intelectual: Desafios da Engenharia de Produção na Consolidação do Brasil no Cenário Econômico Mundial Belo Horizonte, MG, Brasil, 04 a 07 de outubro de 2011). Acesso em: 15 de agosto de 2017. Disponível em:<
http://abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STO_138_877_17937.pdf>.

10. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria n.485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n° 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília, 16 nov. 2005. Seção 1:1. Acesso em: 25 de janeiro de 2018. Disponível em: < www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/portaria/P485_05.html>.

11. Gouveia MTO, Oliveira VC, Lira IMS. Ergonomic risks in a Material and Sterilization Center. Rev Enferm UFPI. 2016 Jul-Set;5(3):42-47. Acesso em: 28 de dezembro de 2018. Disponível em:
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5427>

12. Fernandes JC, Portela LF, Rotenberg L, Griep RH. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2013 [acesso em: 21(5): [08 telas]. Acesso em: 10 de Maio de 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf.

13. Costa EC, FRS Sant'ana. Jornada de trabalho do profissional de Enfermagem e fatores relacionados à insatisfação laboral. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2017. Vol. 9 (4), 1140-1145. Acesso em: 15 de maio de 2018. Disponível em:< acervosaud.dominiotemporario.com/doc/31_2017.pd>.

14. Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaiser DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais em um Centro de Material e Esterilização. REME Rev Min Enferm. 2015 out/dez; 19(4): 878-884. Acesso em: 28 de dezembro de 2017. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20150067.

15. Borgheti SP, Viegas K, Caregnato RCA. Biossegurança no Centro de Materiais e Esterilização: Dúvidas dos profissionais. Rev. SOBECC, São Paulo. Jan./Mar. 2016; 21(1): 3-12. Acesso em: 28 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/36>

16. Costa CCP, Souza NVDO, Silva PAS, Oliveira EB, Vieira MLC. O trabalho na central de material: repercussões para a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4):533-39. DOI: Acesso em: 14 de março de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.15934>.

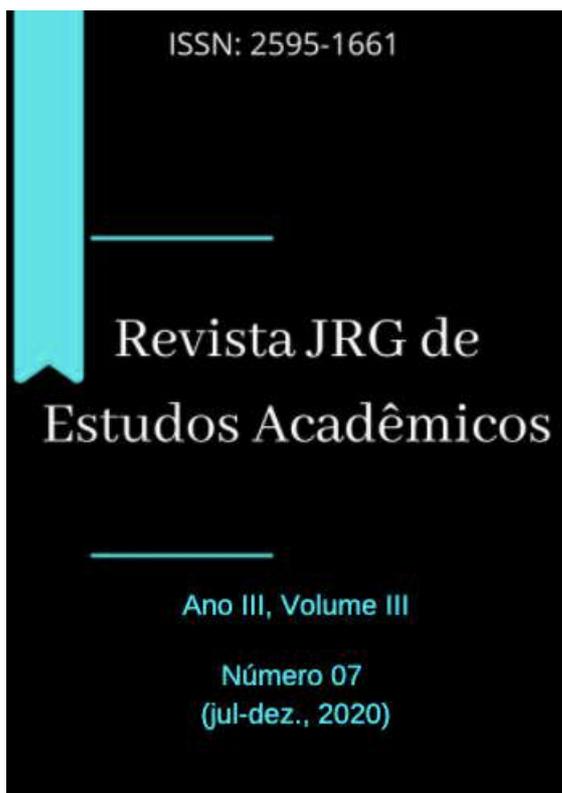
17. Santos IBC, Cordeiro MFGS, Melo AC, Lima VS, Chaves BJP, Silva PE. Equipamentos de proteção individual em Centros de Material e Esterilização. Rev. SOBECC São Paulo Jan/ Marc 2017; 22(1): 36-41. Acesso em: 28 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/155>.

18. Ribeiro RP, Vianna LAC. Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das Centrais de Material e Esterilização. Cienc Cuid Saude 2012;

11(suplem.):199-203. Acesso em: 28 de dezembro de 2017. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17076.

19. Brasil. Norma Regulamentadora – 6 – NR-6. Dispõe sobre segurança e medicina do trabalho. Brasília (DF); 2001. Acesso em: 14 de março de 2018. Disponível em: http://www.portoitajai.com.br/cipa/legislacao/arquivos/nr_06.pdf.

20. Cruz EDA, Ronconi RB, Sarquis LM, Canini SRMS, Gir E / UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. 2009;11(4):5-8. Comportamento Preventivo do Risco Ocupacional Biológico em Centro de Material e Esterilização. Acesso em: 28 de dezembro de 2017. Disponível em: pgskroton.com.br/seer//index.php/JHealthSci/article/download/1419/1362



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
09/06/2020.

Data de reformulação: 07/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta
de aceite): 11/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 13/07/2020

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12649787>

Publicado: 2020-07-13

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO PÉ
DIABÉTICO**

*THE IMPORTANCE OF THE NURSING TEAM IN PREVENTING DIABETIC
FOOT*

Beatriz Pereira¹
Meives Aparecida Rodrigues de Almeida²

Resumo

A diabetes mellitus (DM) requer tratamento clínico contínuo e ensino de autocuidados ao doente. Trata-se de uma doença com implicações importantes ao nível da saúde global e da qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias. Os problemas do pé diabético é uma complicação comum da DM. É um estado fisiopatológico, que tem como característica presença de lesões nos pés decorrentes das alterações vasculares periféricas e/ou neurológicas específica da doença. O enfermeiro tem um importante papel na prevenção e no cuidado, procurando identificar de forma precoce possíveis agravos e complicações, que impactam na vida do paciente diabético. O estudo teve o objetivo de mostrar a importância do enfermeiro para a prevenção do pé diabético através de diversas ações. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa com a base de dados em pesquisa eletrônica de sites como: SciELO, LILACS, PUBMED e manuais do Ministério da Saúde. Os dados

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás. E-mail: pbeatriz022@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6224-2078>

² Enfermeira, Mestre em Gerontologia. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8580-1434>

coletados são de artigos do ano de 2013 a 2020 completos em língua portuguesa e inglesa.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Pé diabético. Prevenção. Cuidados de enfermagem.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) requires continuous clinical treatment and teaching self-care to the patient. It is a disease with important implications for global health and the quality of life of patients and their families. Diabetic foot problems are a common complication of DM. It is a pathophysiological state, which is characterized by the presence of foot injuries resulting from peripheral and / or neurological vascular changes specific to the disease. The nurse has an important role in prevention and care, seeking to identify possible problems and complications early, which impact the life of the diabetic patient. The study aimed to show the importance of nurses for the prevention of diabetic foot through various actions. This is a narrative bibliographic review with the database in electronic search of sites such as: SciELO, LILACS, PUBMED and manuals from the Ministry of Health. The data collected are from articles from the year 2013 to 2020 complete in Portuguese and English.

Keywords: Diabetes mellitus. Diabetic foot. Prevention. Nursing care.

Introdução

A diabetes mellitus (DM) é classificada, por alguns autores, como uma epidemia global, é uma doença crônica, recorrente, que requisita tratamento clínico contínuo e ensino de autocuidados ao doente. Refere-se a uma doença com implicações importantes a um nível da saúde global e da qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias. ^{1 2}

Existem dois tipos de DM a tipo 1 e a tipo 2, em ambos os tipos, a quantidade de glicose no sangue está elevada. A falta de monitoramento do diabetes pode causar complicações em diferentes partes do organismo. Isso porque, em longo prazo, a hiperglicemia pode danificar os nervos e vasos sanguíneos. ^{3 4}

De acordo com o Ministério da Saúde o diabetes é uma doença metabólica, sendo definida por hipoglicemia com associação á complicações, anomalias e insuficiência de alguns órgãos, tais como: olhos, nervos, pele, coração e cérebro. Podendo produzir a deficiência na secreção e/ou na ação da insulina que envolve processos patogênicos, tais como destruição das células betas secretadas pelo pâncreas e distúrbios na secreção de insulina entre outros. ⁵

Pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2 têm grande probabilidade de apresentar complicações, com resultado da elevação da glicose. Duas complicações crônicas consideradas comuns são: neuropatia diabética e a doença vascular periférico, que traz como consequência o pé diabético. ⁶

O pé diabético é uma complicação comum da DM. É um estado fisiopatológico, que tem como característica presença de lesões nos pés decorrentes das alterações vasculares periféricas e/ou neurológicas específica da doença. Essas lesões levam a destruição dos tecidos periféricos, classificados por graus de complicações tais como gangrena e infecções que alteram a cicatrização, que pode trazer como resultado a amputação. Esta complicação é responsável por 85% das amputações não relacionados a traumas⁷. Destes casos com a primeira amputação 60%, possuem chances de passar por uma segunda amputação ao longo da vida. ⁶

Pessoas portadoras do pé diabético sofrem modificações na qualidade de vida devido à limitação de suas funções normais, como por exemplo, reduções das funções musculoesqueléticas e sensoriais dos pés que contribuem para o surgimento de úlceras nessa região, e diminuição da capacidade de realização de atividades rotineiras, como subir escadas ou até andar.^{5 7}

Essa complicação, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode ocasionar a amputação do membro, desestabilizando ainda mais a vida social e psicológica dos pacientes e fazendo com que o tempo de hospitalização e a terapêutica medicamentosa torne-se de alto custo, onerando o tratamento desse agravo.^{8 9}

Existem outros fatores de risco que estão associados diretamente com o pé do diabético, os calos, ferimentos com objetos cortantes, proeminências ósseas, falta de acesso a sistemas de saúde, deficiência ao acesso a informações e condições socioeconômicas precárias.¹⁰

Um modo de prevenção para que essa comorbidade não ocorra, é indispensável a assistência de enfermagem, o enfermeiro pelo meio da educação continuada e orientações sobre o autocuidado, pode minimizar o índice de amputações de pacientes com DM, e como resultado a queda do número de óbitos. Dessa forma, com o reconhecimento do diagnóstico precoce e adequado, sendo prestado por enfermeiros habilitados, se torna capaz de inibir o surgimento e agravamento do pé diabético.¹¹

Neste contexto, o estudo teve como objetivo descrever o papel do enfermeiro na prevenção do pé diabético. Trata-se de uma revisão narrativa, que se utiliza das informações bibliográficas levando em consideração o assunto principal¹², essa revisão descreve o que é DM, sua classificação, diagnóstico DM, complicações DM, definição do pé diabético, tratamento e o papel do enfermeiro na prevenção do pé diabético. Procuraram-se publicações sobre o tema em livros especializados no assunto, manuais do Ministério da Saúde e artigos de revistas impressas e eletrônicas. A partir de pesquisa eletrônica por meio de sites (SciELO, PUBMED, LILACS), as referências foram baseadas em artigos da língua portuguesa e inglesa, foram levantados artigos científicos publicados nos últimos 10 anos.

Diabetes Mellitus

Para o Ministério da Saúde o DM é definido como uma doença endócrina metabólica heterogênea, que abrange fatores genéticos, ambientais e biológicos, descrita por hipoglicemia de forma crônica sendo resultado de defeitos na ação ou secreção da insulina.¹³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que, a glicemia alterada e o terceiro fator que mais traz mortalidade prematura, ficando atrás somente da hipertensão e do uso de tabaco. Trazendo à tona também o fato de que profissionais de saúde e políticas públicas governamentais não estão totalmente conscientizadas sobre os riscos da doença.¹⁴

É de início insidioso e muitas vezes com o diagnóstico tardio, o diabetes traz consigo complicações, renais, cardiovasculares, cerebrovasculares, cegueiras e amputações de membros inferiores por causas não traumáticas, aumentando a taxa de hospitalizações¹³. Por sua vez pode ocorrer a evolução para complicações agudas tais como: cetoacidose, hipoglicemia e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Evidências mostram que, indivíduos que não controlam e/ou acompanham a glicose frequentemente, estão mais susceptíveis a desenvolver complicações e posteriormente a hospitalização.¹⁵

No ano de 2019 o Ministério da Saúde por meio da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL¹⁶, realizou um levantamento de dados sobre os números de incidência do diabetes, mostrando que no Brasil as mulheres são as mais acometidas pela doença, sendo 7,4% e os homens com 7,1%. Dentre estes dados a diabetes juntamente com suas complicações no ano de 2018, levou a mortes prematuras cerca de 27.461 pessoas, estes números estão associados a complicações da doença.¹⁵

Classificação da DM

Atualmente a classificação (Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD, 2019-2010)¹⁷ se dá através da etiologia, com isto existem quatro tipos de classes:

DM tipo 1: corresponde de 5% a 10% dos casos. Trata-se de uma doença autoimune, que leva a destruição das células pancreáticas β , levando a deficiência na produção de insulina. Divide-se em dois subtipos DM do tipo A1 e DM do tipo A2.

a) **DM do tipo 1A:** Forma mais frequente da DM, leva a deficiência de insulina por meio de destruição autoimune das células β com pré-disposição a cetoacidose, regularmente e diagnosticado na infância e adolescência, podendo ser também diagnosticado na fase adulta esta por sua vez e denominada de LADA -Latente Autoimune Diabetes in Adults,

b) **DM do tipo 2A:** Atribuída a fatores ambientais e de herança familiar, trata-se de uma doença poligênica, definida por alteração no metabolismo levando a hipoglicemia, a resistência de insulina produzida e deficiência na produção natural. Estando associada à obesidade e o sedentarismo, além de histórico de pré-diabetes.

DM gestacional: diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, causada por alteração no metabolismo dos carboidratos. Esta por sua vez não está associada a complicações agudas da doença.

Diagnostico da DM

Os sinais e sintomas característicos os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso sem causa, já levantam suspeitas, contudo no diabetes do tipo 1 pode evoluir para cetose, acidose metabólica e desidratação. No diabetes do tipo 2 os sintomas podem até não aparecer.⁵

O diagnóstico é feito através da identificação de hiperglicemia, encontra-se quatro tipos de exames para a detecção sendo eles:

Glicemia casual onde o valor normal é <200 mmHG, e para a confirmação deve estar a cima de 200, juntamente com os sintomas característicos. A glicemia jejum a pessoa deve estar pelo menos oito horas sem ingesta calórica, o valor normal deve ser <100 mmHG, um sinal de alerta e se os valores estiverem entre >110 e <126 alertando sobre o pré-diabetes, com o valor acima de <126 confirma o diabetes.

Teste de tolerância a glicose (TTG), o paciente recebe uma carga de 75g de glicose em jejum, o valor normal deve ser <140 mmHg, o sinal de alerta para o pré-diabetes é ≥ 140 a < 200 mmHG, para confirmar a doença o resultado deve estar ≥ 250 mmHG.

Hemoglobina glicada (HbA1C) indica o percentual de glicose ligada a hemoglobina. Para positivo deve ser $> 6,5\%$.

Complicações da DM

As complicações são divididas categoricamente em distúrbios microvasculares e macrovasculares, que sucedem a retinopatia, nefropatia, neuropatias, doenças

cerebrovasculares, doenças arteriais periféricas, doença coronariana.¹⁵ As complicações podem favorecer agravos de forma indireta ou direta no sistema musculoesquelético, na saúde mental, associação a câncer, sistema digestório, e função cognitiva. Parte destas complicações ocorre em indivíduos com idade de 45 a 64 anos, afetando principalmente pessoas com baixa escolaridade, e sem conhecimento da prevenção feita através da atenção primária.¹⁸

Dentre as complicações de retinopatias se encontra danos nos vasos sanguíneos irrigatório dos olhos, levando assim a perda da visão, ocorre em quase todos portadores da doença, mesmo que está por sua vez seja controlada com insulina, pessoas que também possui hipertensão juntamente com a DM possui um risco maior de desenvolver retinopatias.¹⁹

Lesões renais são frequentemente associadas a DM com isso a realização de exame de urina é feita para avaliar os níveis de albumina, com a detecção precoce o controle e feito de maneira mais fácil evitando assim a doença renal crônica que e pode levar o paciente e realizar dialise e/ou transplante de rins.²⁰

Problemas circulatórios provocam úlceras e infecções, fazendo assim com que a cicatrização se torne lenta. As infecções bacterias e fúngicas ocorrem quando os níveis de glicose estão alterados, fazendo com que os glóbulos brancos não faça seu papel de controle de infecção, essas alterações ocorrem em membros inferiores, com a dificuldade de cicatrização e em alguns casos ela não chega a correr aumenta assim a quantidade de amputações. Os casos de amputações trazem consigo um alerta, pois frequentemente se associa a falta de controle glicêmico, o tabagismo e negligencia do auto cuidado, além de trazer à tona que pessoas com DM não tem comparecido frequentemente a atenção básica, onde se deve ocorrer o rastreamento de úlceras e a educação sobre os cuidados com os pés.¹⁵

Pé Diabético

Conforme o Ministério da Saúde o pé diabético e denominado pela presença de ulcerações e/ou infecções que levam a destruição dos tecidos profundos associados a um problema vascular periférico e traumas descendentes. Estas alterações constituem defeitos anatômicos e fisiológicos nas extremidades dos pés, estas modificações ósseas e musculares, levam a pontos de pressão e ressecamento nos pontos prejudicados, a integridade da pele e danos à circulação local, tornando a cicatrização local ineficaz. Estas modificações elevam o risco de ulcerações nos pés, quando evolui para formas mais graves levam a amputações de um ou mais partes dos pés.¹⁰

Classificação do Pé Diabético de Acordo com sua Etiopatogenia:^{10 21}

Quanto ao pé diabético, ele pode ser classificado como pé: neuropático, isquêmico e misto.

O pé neuropático é a forma mais frequente por vezes está associada a efeitos da aterosclerose, ela e bilateral e predominante nos pés. Apresenta as seguintes características: redução da sensibilidade dos pés, pé quente, dor, parestesia, bem perfundido, vasos dorsais dilatados, anidrose, pele seca com tendência a rachaduras e fissuras, arco médio elevado, metatarsos proeminentes, dedos em garra/martelo, áreas de pressão plantar anormal e calosidades, mobilidade das articulações reduzidas, é susceptível a alterações articulares graves. Estes por sua vez não tratados levam a gangrena e amputações.

Já o pé isquêmico também conhecido como vascular é resultante de doenças arteriais obstrutivas de grandes vasos que percorrem as coxas e pernas, levam a

consequências diretas na perfusão arterial. O pé é frio com pobre perfusão, pele fina e brilhante, pulsos diminuídos ou ausentes, apresentam lesões cutâneas infectadas, ausência de unhas ou atrofiadas, ausência ou diminuição dos pelos.

Por fim o pé misto (neuroisquêmico e vascular) é a combinação dos achados neuropáticos e vasculares, podendo ter ou não deformidades.

No pé diabético, o aparecimento da neuropatia, pontos de hiperpressão plantar e diminuição do fluxo arterial podem ocorrer simultaneamente ou não. Cada complicação aumenta a suscetibilidade de ocorrência de úlcera.^{21 22}

Toscanos et al.²³ estipula que 829.742 indivíduos sofram de pé neuroisquêmico, destas 43 mil trate de forma ambulatorias, porem metade destes venha a sofrer de ulceras infectadas, que levam a amputações e a tratamentos pós-amputações na área ambulatorial. Com isto o elevado custo ao tratamento podendo chegar até R\$ 333,5 milhões.

Diagnóstico e avaliação do pé diabético

Pesquisas indicam que aproximadamente 15% de todos os diabéticos apresenta úlcera no pé durante a vida. As úlceras do pé diabético acostumam coabitar com a insuficiência vascular e estabelecem uma das principais causas da gangrena e amputação nos pacientes diabéticos. A diminuição da sensibilidade e da perfusão sanguínea nos pés eleva muito o risco de desenvolver úlceras de pé no paciente diabético. Além de aumentar o custo do tratamento as úlceras do pé diabético refletem um preocupante risco à qualidade de vida do paciente. Até 85% de todas as amputações em diabéticos são precedidas por uma úlcera no pé. Diabéticos com uma amputação de membro inferior correm 50% de risco de desenvolver uma lesão séria no outro membro dentro de um período de 2 anos. Os diabéticos possuem uma taxa de mortalidade de 50% nos cinco anos seguintes à amputação inicial. É presumível diminuir as taxas de amputação em 49-85% mediante a uma estratégia de tratamento que combine com a prevenção, uma equipe multiprofissional no tratamento da diabetes, serviços especializados, monitoramento rigoroso e educação.²⁴

A avaliação requer medidas simples: história clínica e exame dos pés, iniciando-se pela remoção de calçados e meias do paciente. A perda da sensibilidade protetora é o principio para o desenvolvimento de ulcerações e maior vulnerabilidade a traumas, como por exemplo, uso de calçados inadequados, quedas, corte de unhas errático, caminharem descalço, conferindo um risco sete vezes maior.²⁵

A avaliação clínica pode deixar dúvidas, no caso de alguns pacientes, e para isso é necessária uma maior averiguação. Nestes casos utilizamos testes e exames auxiliares para aumentar a nossa capacidade diagnóstica. Para avaliar a neuropatia realizamos o teste com monofilamento, o teste com o martelo, teste com o diapasão e com o biotesiometro. Nos estudos laboratoriais é solicitado hemograma, perfil metabólico e HBA1c (hemoglobina glicada). Ainda podem ser solicitados os exames de imagem, como o eco-doppler, radiografia do pé diabético, tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear.²¹

Avaliação do risco neuropático para ulceração a avaliação neurológica básica visa avaliar a integridade de fibras sensitivas motoras grossas (longas) e finas (curtas). Os testes preconizados avaliam o comprometimento das fibras grossas através de instrumentos como de monofilamento de 10 g, diapasão de 128 Hz.^{21 24}

25

Teste de Monofilamento de 10 g

O exame é realizado com a utilização de um Estesiômetro de fio de náilon de 10g que serve para avaliar o grau de sensibilidade cutânea, à percepção de forças aplicadas em cinco pontos de pressão (Figura 1), estimulando os nervos sensíveis ao toque leve, o paciente não deve olhar o local onde é aplicado, comprimindo até que haja a curva do filamento, a força aplicada é de forma gradual nos pés. É fundamental o uso do exame precocemente para avaliar alterações e para poder prevenir deficiências, evitar lesões e até amputações de membros e ou segmentos.²⁶

Figura 1- Pontos de pressão



Fonte: Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1215/837>. Acesso em 27/06/2020.

Diapasão 128 Hz, martelo, pino ou palito

O diapasão 128 Hz (Figura 2) tem o objetivo de testar as fibras grossas sensitivas e motoras, através de sensibilidade vibratória e reflexos Aquiles, realizado bilateralmente colocado sobre o dorso do hálux na proeminência óssea da articulação interfalangiana, com o paciente de os olhos fechados será solicitar a indicar quando sentir que a vibração vinda do diapasão acabar, a vibração é pontuada como 1) presente, se o paciente relatar o término da vibração 2) reduzida, se sentir por período ≥ 10 segundos ou 3) ausente (se o paciente não detecta a vibração). No martelo os reflexos do tornozelo serão testados utilizando um martelo de reflexos. Os reflexos do tornozelo devem ser feitos na posição sentada, com o pé suspenso e o paciente relaxado. No momento do reflexo, o pé deve ser passivamente posicionado e levemente dorso fletido para se obter o alongamento do músculo. O tendão de Aquiles deve ser tocado diretamente. Se o reflexo for obtido, será marcado como presente. Já o pino ou palito avalia fibras finas sensitivas, identificando a sensibilidade dolorosa, o paciente deve distinguir a ponta redonda da pontiaguda.²⁷

Figura 2- Diapasão 128Hz e martelo



Fonte: Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Tecnica-de-avaliacao-do-pe-diabetico-com-diapasao-de-128-Hz-A-e-pesquisa-de-reflexo_fig17_325089555. Acesso em 28/06/2020.

Bioestesiômetro e Neuro-Estesiômetro

São instrumentos que permite aplicar e quantificar estímulos vibratórios de diferentes frequências e intensidades (Figura 3). Mediante a aplicação de uma haste de borracha dura na face dorsal do hálux, registrando-se em volts (0 a 50, no bioestesiômetro; 0 a 100, no neuroestesiômetro). A frequência dos estímulos é aumentada gradualmente e o paciente é orientado a comentar, assim que sentir o estímulo.²⁸

Figura 3- Aparelho bioestesiômetro



Fonte: Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pe_diabetico.pdf. Acesso em 28/06/2020.

Avaliação da Doença Vascular Periférica (DVP)

A presença da DVP é descoberta através da ausência ou diminuição dos pulsos pedioso e tibial posterior. A artéria dorsal do pé é palpada colocando-se os dedos da mão direita sobre o dorso do pé do paciente e o polegar na borda medial da planta do pé, comprimindo-a com os dedos sobre os ossos do tarso. A artéria costuma dispor-se na linha média entre os maléolos. A flexão do pé pode facilitar a palpação. A artéria tibial posterior pode ser palpada logo abaixo e um pouco. Posteriormente ao maléolo medial. Para facilitar a palpação, deve-se abraçar com a mão a face anterior da articulação do tornozelo, estendendo o polegar na face externa e os dedos curvam-se sobre o maléolo medial permitindo explorar a região retromaleolar e perceber a pulsação (Figura 4). Classificamos como palpáveis ou não, e se identificarmos o pulso ausente ou diminuído ou outros sinais e sintomas de comprometimento vascular, encaminhar o paciente para o especialista.^{28 29}

Figura 4 - Palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior.



Fonte: Disponível em:

<https://www.google.com/search?q=AVALIAÇÃO+DO+PULSO+PEDIOSO+E+TIBIAL>. Acesso em 24/06/2020.

Avaliação da Biomecânica do Pé

Pressões vigorosas em pontos ósseos na região plantar, acompanhadas de calosidades, é preditivo de úlceras, por essa razão é essencial reconhecer os locais específicos da hiperpressão para reduzi-las através de confecção de palmilhas e calçados adequados. ^{22 30 31}

Diferentes formas para classificação das úlceras de pé diabéticas foram investigadas, porém a classificação mais usada é a de Wagner, desenvolvida em 1987 pelo médico ortopedista Wagner FW. Jr. Essa classificação que facilita a comunicação entre médicos e pesquisadores da área da saúde. É amplamente empregada por diversos profissionais, torna-se uma classificação universal e de aplicação em qualquer lesão, os quatro primeiros graus tem caráter de profundidade da lesão e no comprometimento de tecidos da pele, já os dois últimos graus são utilizados para avaliar a perfusão do pé (Figura 5). ²¹

Figura 5 - Classificação de Wagner *Adaptado guia prático COLOPAST.

Grau	Aparência dos pés
	<p>Grau 0 - Sem lesões podendo ter deformidades ou celulite.</p>
	<p>Grau 1 - Úlcera superficial sem infecção evidente.</p>
	<p>Grau 2 - Úlcera profunda sem envolvimento ósseo.</p>

	Grau 3 - Úlcera profunda com abscesso, sepse ou osteomielite.
	Grau 4 - Necrose localizada na face anterior ou calcanhar.
	Grau 5 - Necrose extensa em todo o pé

Fonte: Disponível em:
https://www.coloplast.com.br/Documents/Brazil/CPWSC_Guia_DFU_A5_d9.pdf.
Acesso em 02/06/2020.

Tratamento do Pé Diabético

O tratamento vai depender do grau de comprometimento do membro, grau da ulceração, também é importante avaliar a presença de isquemia e infecção.³¹

No entanto, a conduta terapêutica é focada fundamentalmente para a melhora dos desconfortáveis sintomas e na condição do tratamento conservador ou cirúrgico das sequelas, como as deformidades, calos, úlceras e do pé de Charcot.²²

De forma genérica, os doentes com infecção aguda intensa, moderada ou grave precisam ser internados, para receber antibiótico por via endovenosa, além disso, muitas vezes precisam ainda realizar tratamento cirúrgico. Outro aspecto é relativo é o curativo do pé, na realidade não existe um curativo ideal, mas existem algumas regras básicas para realizá-lo. A primeira é que o curativo não pode ser compressivo, além da infecção todo pé diabético é um potencial pé isquêmico e a compressão, mesmo que mínima, pode comprometer a irrigação dos tecidos.^{31 33} Para a prevenção e tratamento é muito importante uma rigorosa supervisão metabólica. A monitoração dos níveis glicêmicos, a adesão ao tratamento medicamentoso correto e a prática de atividade física, como a caminhada, ajuda no controle metabólico e diminui os riscos de doenças cardiovasculares.^{22 34}

Esses pacientes precisam de cuidados médicos e de enfermagem individualizados, a conduta sistemática precisará ser realizada por uma equipe multidisciplinar, evitando assim a remissão do problema.³³

Prevenção do Pé Diabético

O cuidado com os pés do diabético é uma premissa importante para evitar lesões. O cuidado se deve ter início na porta de entrada seguindo o nível

hierárquico do cuidado na atenção primária, onde o principal objetivo é evitar agravos de forma simples e contínua. Pessoas portadoras de DM apresentam maior risco de desenvolver distúrbios nos pés surgindo por meio de lesões traumáticas, que levam a infecção, resultando em amputações caso não haja um tratamento eficaz.^{31 35}

Para que haja medidas de prevenção o portador de DM deve ser incluído em grupos educativos além do controle glicêmico, alimentar, uso correto de medicações. Dentro destes grupos educativos se deve haver orientações sobre o uso correto de calçados, já que o mesmo possui uma menor sensibilidade plantar, pode se não notar traumas, com isto se deve ser utilizado sapatos apropriados e de ação terapêutica para evitar ulcerações associados ao uso de meias acolchoadas, evitando assim o atrito da pele e a absorção de suor.³⁶

A educação tem um papel importante na prevenção do pé diabético, onde se influencia e educa para a mudança de hábitos, por outro lado demonstra a importância do autocuidado e conhecimento sobre seus pés, além de trazer o paciente para perto da unidade básica de saúde. A adesão ao tratamento traz inúmeros benefícios para a precoce prevenção, evitando assim a levar o paciente a amputação de seus membros. Os cuidados preventivos nos pés precisam ser praticados diariamente, a higiene dos pés é um dos cuidados fundamentais, a lavagem deve ser realizada com água morna e sabão neutro, realizando a secagem completa dos pés e dando atenção especial a espaços entre os dedos, impedindo assim o aparecimento de micoses, a hidratação tem como finalidade evitar o aparecimento de rachaduras e ressecamento. As unhas por sua vez devem ser cortadas de forma reta e na horizontal, não devendo ser rente a pele. A retirada de pequenos calos pode ser feita com lixa de papel ou pedra pomes. Na remoção de calos e verrugas não utilizar produtos químicos, nem usar objetos cortantes ou pontiagudos, devido ao perigo de provocarem ferimentos na pele.^{12 34 37}

Em contrapartida o exame físico, a inspeção diária de pés, meias e calçados especiais, conforme a avaliação de peritos, com profundidade extra que permitem adaptação de palmilhas removíveis, aqueles com ausência de costuras interiores e sistema de fechamento ajustável como o velcro ou cadarço; os que têm ponta quadrada e saltos de até três centímetros e que os calçados cubram totalmente os dedos e o calcanhar e que sejam confeccionados com couro macio ou lona. Calçados apropriados devem propiciar o conforto aos dedos, devendo o forro permitir a evaporação do suor.^{31 38}

O cuidado ao paciente com pé diabético deve ser integral. A maior parte dos motivos que contribuem para a amputação de pé diabética pode ser evitado e controlado com as pequenas medidas de prevenção, particularmente com os cuidados simples e orientação para o autocuidado, de modo que evite o aparecimento de complicações, sobretudo das amputações.³⁹

Papel do Enfermeiro na Prevenção do Pé Diabético

Na atenção básica o enfermeiro tem um papel importante na prevenção, nas unidades básicas de saúde e nas estratégias saúde da família, este profissional tem autonomia para realizar consultas, conhecendo assim a história da pessoa, seu contexto econômico e social, com o intuito de avaliar o nível de conhecimento e possível adesão do paciente ao tratamento, desenvolvendo um plano de cuidado único e acompanhando a evolução do tratamento.⁴⁰

Um dos campos de atuação direta do enfermeiro é a avaliação da conduta no tratamento de feridas junto à equipe interdisciplinar, pois é ele que realiza o curativo

e avalia o paciente diariamente.³⁸ Esse profissional também acompanha o controle glicêmico, a educação em grupos, dando apoio ao paciente e sua família. Utilizando-se de uma abordagem completa e adequada que não foque somente no tratamento exclusivo no meio primário mais também reforçando o autocuidado. Mantendo sempre uma boa relação de paciente-profissional, através de informações completas, avaliando sempre a evolução da doença. Por outro lado, é muito importante o apoio psicológico, pois a doença traz consigo além de consequências na imagem corporal pode afetar também a saúde emocional do paciente.⁴¹

O enfermeiro deve então prestar todo o suporte ao paciente diabético, sobre os cuidados diários com os pés, utilizando-se dos cinco pontos básicos da prevenção: exame regular dos pés, inspeção, identificação de pacientes de risco, educação a família e a o paciente diabético e o tratamento prévio.⁴¹

A educação juntamente com o autocuidado, e de prestação do enfermeiro contribuindo com a prevenção de amputações fornecendo melhor qualidade de vida ao paciente diabético. Desta forma fica claro que o papel da enfermagem é indispensável para a prevenção do pé diabético, e mantando um cuidado integral.⁴²

O enfermeiro tem um papel importante no processo do cuidado. Esse profissional deve adotar intervenções de prevenção, garantir um adequado cuidado aos portadores de DM, portanto, atuar de forma holística.⁴²

Considerações Finais

O enfermeiro tem um importante papel na prevenção e no cuidado, procurando identificar de forma precoce possíveis agravos e complicações, que impactam na vida do paciente diabético, o enfermeiro deve utilizar sua consulta para realizar anamnese e os exames necessários para a detecção precoce do pé diabético.

A educação também possui um importante papel nesta prevenção pois o enfermeiro juntamente com seus pacientes, trocam experiências e retiram dúvidas, mantendo um padrão de informação, estimulando o autocuidado e focando na ação preventiva de cuidado, com a observação da saúde dos pés, hábitos higiênicos, melhora na alimentação, pratica de atividade física e monitoramento regular da glicemia.

Evidencia-se através desta revisão que os profissionais de enfermagem devem estar capacitados para lidar com as complicações, utilizando-se de sua base de conhecimento quanto a curativos, em casos já instalados e de formas de prevenção, portanto o enfermeiro deve utilizar de um cuidado holístico e humano, no planejamento do seu cuidado levando sempre em consideração a estrutura do paciente, sempre através da atenção básica.

Referências

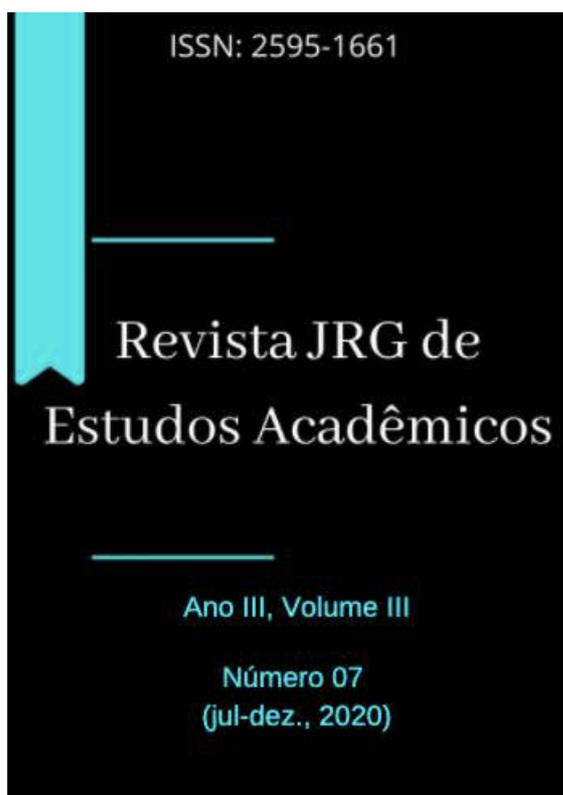
1. Arruda C, Silva DMGV da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):758–66.
2. Tseng KH. Standards of medical care in diabetes-2006: Response to the American Diabetes Association [12]. Diabetes Care. 2006;29(11):2563–4.
3. Ministerio da Saúde. Cadernos de atenção basica- diabetes mellitus. Vol. 2. 2006. 187 p.
4. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes

- Mellitus (Caderno de Atenção Básica n. 36) [Internet]. Vol. 35, Ministério da Saúde. 2016. 1–162 p. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000300308&lng=pt&nrm=iso&tlng=en%5Cnhttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000300004&lng=
5. Policarpo N de S, Moura JRA, Júnior EB de M, Almeida PC de, Macêdo SF de, Silva ARV da. Conhecimentos e atitudes para prática do pé diabético. Rev gaúch enferm [Internet]. 2014;35(3):36–42. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-725739>
 6. Sacco I, Sartor C, Gomes A, João S, Cronfli R. Avaliação das perdas sensorio-motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropatia diabética. Rev Bras Fisioter. 2007;11(1):27-33.
 7. Pereira RM, Monteiro D, Garcia LH, G CA, Silva O. A Importância da Educação do Paciente Diabético no Cuidado com os Pés. 2020;17:5–8.
 8. Brasil. Cadernos de Atenção Básica [Internet]. Vol. III, Secretaria de Políticas de Saúde. 2000. 44 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf
 9. Brasil. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. Ministério da Saúde. 2016. 62 p. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf
 10. Silva JP, Pires NRD, Silva CI, Moraes MUB, Neto WB. O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura. Cad Grad - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe. 2013;1(2):59–69.
 11. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):v–vi.
 12. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Diabetes Mellitus Tipo 1. 2019. 1–88 p.
 13. Lyra R, Oliveira M, Lins D, Cavalcanti N, Gross JL, Maia FFR, et al. Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2019th–2020th ed. Vol. 5, Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo2. 2020. 709–717 p. Disponível em:
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
 14. BRASIL M. Vigitel Brasil 2011 [Internet]. 2012. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
 15. Care D, Suppl SS. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of

- medical care in Diabetesd2018. *Diabetes Care*. 2018;41(January):S13–27.
16. Gregg EW, Sattar N, Ali MK. The changing face of diabetes complications. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2016;4(6):537–47. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30010-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30010-9)
 17. Brutsaert EF. Complicações do Diabetes mellitus. *Man MSD* [Internet]. 2017;1–5. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/distúrbios-hormonais-e-metabólicos/diabetes-mellitus-dm-e-distúrbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/complicações-do-diabetes-mellitus#>
 18. Amorim RG, Guedes G da S, Vasconcelos SM de L, Santos JC de F. Kidney disease in diabetes mellitus: Cross-linking between hyperglycemia, redox imbalance and inflammation. *Arq Bras Cardiol*. 2019;112(5):577–87.
 19. Nádia Duarte AG. Pé diabético. *Angiol e Cir Vasc*. 2011;7(1):65–79.
 20. Caiafa JS, Castro AA, Fidelis, Santos C, Prado VDS, Jr. SE. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. *J Vasc Bras Vasc* [Internet]. 2011;10(4):01–31. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4s2/a01v10n4s2.pdf>
 21. Toscano CM, Sugita TH, Rosa MQM, Pedrosa HC, Rosa R dos S, Bahia LR. Annual direct medical costs of diabetic foot disease in brazil: A cost of illness study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1):1–13.
 22. Apelqvist J, Bakker K, van Houtum WH, Schaper NC. International Working Group on the Diabetic Foot, International Consensus on the Diabetic Foot. *Diabetes Metab Res Rev*. 2011;28(SUPPL. 1).
 23. Bandile UC, Woodford KO. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes. (December):179–91. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>
 24. Pinheiro HA, Pereira CA, Gomes ÉB, Ferreira GM, Carvalho G de A. Teste de monofilamento não identifica idosos com neuropatia diabética. *Geriatr Gerontol Aging*. 2015;9(3):81–5.
 25. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes - Diagnóstico precoce do pé diabético. 2019;180–91. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/019-Diretrizes-SBD-Diagnostico-Pe-Diabetico-pg179.pdf>
 26. Camargo LHS, Baccarelli R. Avaliação sensitiva na neuropatia hansênica. *Cir Reparadora e Reabil em Hansen* [Internet]. 2007;75–83. Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,FRANK/neuropatia_na_hansenia/PDF/avali_sensit.pdf
 27. Brito D, Correia H, Ferreira AV, Jorge S, Caniço H. Doença arterial periférica

- em doentes com diabetes nos cuidados de saúde primários: estudo observacional. *Rev Port Clínica Geral*. 2017;33(4):290–6.
28. Santos VP Dos, Alves CAS, Fidelis C, Araújo Filho JS De. Análise das arteriografias de diabéticos e não diabéticos com isquemia crítica da perna. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(6):557–62.
 29. Silva C, Pereira D, Almeida D, Venâncio M. Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. *Rev Enferm Ref*. 2014;IV Série(Nº 1):153–61.
 30. Leal de Sá Marques Santos GI, Barbosa Mendes Capirunga J, Souza Castro Almeida O. Pé Diabético: Condutas Do Enfermeiro. *Rev Enferm Contemp*. 2013;2(2):225–41.
 31. Pé diabético e assistência de profissionais da saúde: revisão. *Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2011;15(3):197–208.
 32. Série II. O pé diabético com infecção aguda: tratamento no Serviço de Urgência em Portugal. *Rev Port Cir [Internet]*. 2013;(27):19–36. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpc/n27/n27a05.pdf>
 33. Dantas DV, Costa JL, Assis R, Dantas N, Torres GDV. Atuação do enfermeiro na prevenção do pé diabético e suas complicações. 2011;1–14.
 34. Marques JM, Otoni DB, Fausto LM, Especialista JM. Enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético. *Rev Educ Meio Ambient e Saúde*. 2017;7:60–74.
 35. Ochoa-Vigo K, Pace AE. Pé diabético: estratégias para prevenção. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):100–9.
 36. Teixeira C regina de S, Becker TAC, Citro R. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):173–9.
 37. Hória HHL. Cuidados de enfermagem com o pé diabético: aspectos fisiopatológicos. *Rev Investig saúde*. 2015;14(1):176–81.
 38. Gois JP dos S de, Chaves ASC. Pé diabético: avaliação dos fatores de risco relacionados a amputações maiores e menores. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(1):1–9.
 39. Costa D de FS. O pé diabético nas ações do serviço de enfermagem na estratégia saúde da família. 2010;1–30.
 40. Araújo ACL, Faria EA, Stafocher JU. Pé diabético: a atuação do profissional de enfermagem na prevenção e tratamento. *Rev Saúde em Foco*. 2017;9:621–41.
 41. Lima C, Assis R, Trevisan J. Atuação do enfermeiro nos cuidados ao paciente com pé diabético. *Rev pensar saúde*. 2015;1:1–15.

42. Pereirada J, Filho S, Andrade SG, De Fátima T, Lima S, Patricia K, et al. ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde os cuidados de enfermagem junto ao paciente com o pé diabetico. ReBIS. 2019;1(3):6–11.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
09/06/2020.

Data de reformulação: 15/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 20/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 22/07/2020

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3956727>

Publicado: 2020-07-22

A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PLURILÍNGUES

THE RELEVANCE OF MULTILINGUAL PUBLIC POLICIES

*Ariane Carreiro de Sousa¹
Mairy Aparecida Pereira Soares Ribeiro²
Juliana Guimarães Farias*

¹ Mestranda em Estudos Linguísticos – Faculdade de Letras - UFG; Especialista em Docência do Ensino Superior - FABEC (2015); graduada em Letras-Libras - UFG (2014); Professora do Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS, lotada na Pró-Reitoria de EaD. ariane.carreiro@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5509-0777>.

² Doutoranda em Psicologia - UCB-Brasília; Mestre em Educação - PUC-Goiás; Especialista em Estudos Linguísticos e Literários - UFG; Especialista em Letramento Informacional - UFG; Graduada em Letras Português - UFG; Graduada em Letras-Libras - UFG; Professora das Licenciaturas do Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS, lotada na Pró-Reitoria de EaD; Estatutária da Secretária de Estado da Educação, Cultura e Esporte de Goiás. mairyribeiro@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5571-7154>

³ Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Goiás (2001), especialização em Informática em Educação (UFLA, 2003), Avaliação Institucional (UEG, 2005) e em Mídias Digitais (IPOG, 2014), mestrado (2005) e doutorado (2011) em Educação pela Universidade Federal de Goiás e estágios pós-doutoral em: (1) Educação, Linguagem e Tecnologias, realizado na Universidade Estadual de Goiás (UEG, 2014), estudando a relação tecnologias, linguagem e educação de surdos; e (2) estágio pós-doutoral na Universitat Autònoma de Barcelona/Espanha (UAB, 2017), no Departament de Traducció i d'Interpretació i d'Estudis de l'Àsia Oriental, estudando a formação de profissionais de tradução e interpretação de línguas orais e línguas de sinais. É professora (Adjunto 4) na Faculdade de Letras da Universidade Federal de Goiás (FL/UFG) nos cursos de: a) Licenciatura em Letras: Libras; b) Bacharelado em Letras: Tradução e Interpretação em Libras/Português; c) Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística; e d) curso de Especialização em Linguística das Línguas de Sinais. julianagf@ufg.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4493-8944>

Resumo: Este estudo tem como objetivo analisar a relevância da implementação de políticas públicas plurilíngues, no Brasil, destacando a política linguística que legitima a língua de sinais da comunidade surda brasileira, a Lei 10.436, de 2002, Lei da Libras. Além disso, as políticas linguísticas conservam a cultura e a identidade de um segmento social que é minoritário, assegurando aos seus membros o direito de se manifestar como cidadãos, mesmo inseridos em uma comunidade linguística diferente da sua. À vista disso, ao se tratar do cidadão surdo brasileiro, são discutidas as ações que devem acompanhar a Lei da Libras, a fim de assegurar sua eficácia, bem como sua relevância para a pesquisa científica na área das linguagens. Logo, trata-se de um estudo bibliográfico, com abordagem qualitativa, sobre as políticas públicas plurilíngues e políticas públicas linguísticas, com base em uma análise documental da Lei 10.436, de 2002. Para atender aos objetivos da pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas pessoas surdas. Na avaliação dos sujeitos da pesquisa, concluiu-se que embora a implantação de políticas públicas plurilíngues seja importante, sua implementação ainda não se deu forma efetiva.

Palavras-chave: Políticas públicas plurilíngues. Políticas linguísticas. Lei da Libras.

Abstract: *This study aims to analyze the relevance of implementing multilingual public policies in a country, highlighting the linguistic policy that legitimizes the communication of the deaf people in Brazil, Law 10.436, of 2002, Libras law. In addition, language policies preserve the culture and identity of a people who are a minority, guaranteeing them the right to speak out as citizens, even though they are part of a different linguistic community. In view of this, when dealing with the Brazilian deaf citizen, the actions that must accompany the Libras Law will be discussed, in order to ensure its effectiveness. For this, the development of this study was based on a basic research, qualitative approach to the problem, in a bibliographic study on plurilingual public policies, linguistic public policies, based on a documentary analysis of Law 10.436, of 2002; to meet the exploratory objectives, the technical procedures were carried out through a semi-structured interview, which allowed us to conclude that the implementation of plurilingual public policies is important, but needs to implement them with proficiency and respect for diversity.*

Keywords: *Plurilingual public policies. Linguistic policies. Libras Law.*

Introdução

O reconhecimento das línguas existentes por parte do Estado é basilar para a promoção de políticas públicas plurilíngues. Mas o que são essas políticas? Segundo Morello (2009, p. 30), “[...] são políticas de salvaguarda e sustentação das diferentes línguas brasileiras, além da Portuguesa, como pilares da diversidade cultural”. Neste sentido, elas ganham *status* de artefato da cultura de um povo. A implantação e a implementação dessas políticas estão definidas nas diretrizes do *Plano Nacional de Cultura: diretrizes gerais*, que tramita no Congresso Nacional Brasileiro, como Projeto de Lei nº. 6.835, de 2006. Este documento é resultante de discussões e proposições que envolveram vários segmentos da sociedade, afinal, cabe a esta instituição assegurar politicamente e validar por meio de leis as demandas políticas culturais da sociedade brasileira.

As políticas linguísticas ainda contribuem para a legitimação da língua de um povo e, quando se trata da língua de sinais brasileira (Libras), a lei 10.436, de abril de 2002, garante ao cidadão surdo o direito linguístico, pois em seu art. 1º a Libras é reconhecida como meio legal de comunicação e expressão da comunidade surda (BRASIL, 2002), assegurando a seus membros condições de exercer seus direitos de cidadania, nos segmentos social, cultural, étnico ou econômico.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é analisar e discutir a relevância da implementação de políticas públicas plurilíngues em um país, destacando a política linguística que legitima a comunicação da comunidade surda no Brasil. Além disso, as políticas linguísticas conservam a cultura e a identidade de uma comunidade minoritária, assegurando aos seus membros o direito de se manifestar como cidadãos, mesmo inseridos em uma comunidade linguística mais ampla diferente da sua. Em vista disso e por se tratar do cidadão surdo brasileiro, são discutidas neste artigo ações que devem acompanhar a Lei da Libras, a fim de assegurar sua eficácia.

Assim sendo, o estudo está estruturado da seguinte forma: primeiramente, é abordado o tema das políticas públicas plurilíngues, sua importância e suas articulações; em seguida, é feita uma breve abordagem sobre os países plurilíngues, apresentando-se, inclusive, dados estatísticos que comprovam que o Brasil ainda é um país plurilíngue, apesar da forte investida do Estado contra a diversidade cultural e linguística. Por fim, a apresentação da análise e discussão das políticas linguísticas da Libras, o artigo é finalizado com as considerações finais.

1 Políticas públicas plurilíngues

O Projeto de Lei nº 6.835, de 2006, no tocante às políticas linguísticas, aponta para a valorização das línguas indígenas, o fomento das línguas e dialetos regionais de grupos étnicos e socioeconômicos diferenciados e, também, valoriza as diversas formas e sistemas de comunicação, além de fortalecer o uso da língua portuguesa na esfera internacional, sobretudo, na Comunidade de Países de língua portuguesa.

Morello (2009, p. 31) afirma que

A promoção das línguas se articula a ações que atingem, inevitavelmente, os meios e processos de produção de saberes nessas línguas. Essa perspectiva implica conceber os espaços e práticas linguísticos em sua ligação às políticas públicas de fomento de tecnologias da informação e comunicação, de um lado, e de tecnologias sociais de formulação e gestão de políticas, de outro.

Essa relação de políticas públicas de fomento de tecnologias da informação e tecnologias sociais de informação e gestão pública contribui para a difusão das línguas existentes, pois as redes de comunicação e informação, pelas suas próprias especificidades, ou seja, por aglomerar diversas informações em um único local e por ser direcionadas a públicos-alvo distintos, possibilitam acesso dinâmico às informações de diferentes categorias sociais e proporcionam a elaboração e socialização de saberes.

Estes saberes são construídos sócio-historicamente, sendo, portanto, arcabouços linguísticos culturais passíveis de uma “[...] ancoragem política para a produção de conhecimento nas línguas e sobre elas” (MORELLO, 2009, p. 30), por

meio de políticas públicas que visem a assegurar direitos de cidadania para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

Essa lei, portanto, reconhece a Libras como a língua natural dos surdos, ou seja, é por meio dela que podem se manifestar como cidadãos brasileiros, mesmo inseridos em uma comunidade que utiliza a linguagem oral. Por essa razão, a Lei da Libras é um marco extremamente relevante na constituição da identidade da comunidade surda, por legitimar não apenas o uso de sua língua materna (L1), mas também por assegurar aos surdos o direito de difundi-la por todo território nacional.

Posteriormente, o Decreto 5.626, de 20 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), ao regulamentar a Lei de Libras, trouxe ganhos mais significativos para uma educação de fato inclusiva, pois estabeleceu a obrigatoriedade de uma educação bilíngue para a comunidade surda, ou seja, Libras foi reconhecida como sua língua materna ou primeira língua (L1) e a língua portuguesa, na modalidade escrita, preferencialmente, a segunda.

Contudo, a implementação desse Decreto é bastante incipiente, e ainda se faz necessário o resgate histórico para subsidiar as discussões sobre seus principais aspectos e singularidades operacionais, sobretudo, no campo educacional, pois a proposta da educação bilíngue para os surdos, conforme o texto legal, pode ser entendida como oposição aos discursos e às práticas clínicas hegemônicas, características da educação e escolarização dos surdos nas últimas décadas (SKLIAR, 1999, p. 11).

Nota-se que, segundo a lei 10.436/ 2002, a Libras seria a única forma de domínio linguístico completo que atenderia a todas as necessidades de comunicação e cognição dos surdos. Todavia, na prática, essa língua ainda está em fase de difusão no Brasil, já que são raros os programas televisivos em língua de sinais, o número de intérpretes é inferior à demanda e grande parte dos surdos e seus familiares sequer a conhecem. Segundo Pereira (2014, p. 1), “90% das crianças surdas nascem em famílias ouvintes, que se comunicam por meio da linguagem oral, e o que acontecia (e ainda acontece) era que a grande maioria delas chegava à escola com, no máximo, fragmentos da língua portuguesa.” Neste sentido, Fernandes (2006) também destaca a necessidade de políticas oficiais, no âmbito linguístico e escolar, que possibilitem aos alunos surdos exercer, de fato, o direito a uma educação bilíngue tendo como suporte o referencial de sua língua materna, promovendo o desenvolvimento de suas subjetividades, a apreensão do mundo e a aquisição da língua portuguesa escrita, como segunda língua (L2).

Todavia, para Fernandes (2006), essa pseudoinclusão do aluno surdo no sistema escolar é questionável, sobretudo, no que diz respeito ao processo de letramento, pois a Libras não é língua materna para muitos alunos surdos, e eles têm que aprender uma outra língua que, *a priori*, não tem representatividade para eles, ou seja, o resultado educacional se torna desafiador para a educação: evasão, repetência e, conseqüentemente, fracasso escolar, pois o ensino ainda não se dá de forma a possibilitar o intercâmbio cultural desejável, pois um dos fatores que inviabiliza é, ainda, a sobreposição da língua portuguesa em detrimento à libras, haja vista, que se faz necessário professores bilíngues para que de fato ocorra o bilinguismo, na prática tem-se intérpretes que traduzem as aulas ministradas em língua portuguesa. Portanto, o ensino situa-se numa arena conflitiva em que se procura um hipotético equilíbrio entre a língua de sinais e a língua oficial.

2 Países plurilíngues

Se perguntar a um brasileiro, se o Brasil é um país plurilíngue, provavelmente, a resposta seja não, mas na verdade aqui se falam várias línguas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 274 línguas indígenas são faladas neste país, sendo 37,4% seis mil deles falam mais de duas línguas. A fluência em pelo menos uma delas foi verificada em 57,3% dos índios que vivem em terras indígenas reconhecidas. Fora delas, o índice cai para 12,7%. O português não é falado por cerca de 130 mil pessoas, ou 17,5% do total de 896.917 pessoas da população indígena. Este levantamento permitiu concluir que as regiões com maior percentual de línguas indígenas são a Norte – com maior número de terras indígenas reconhecidas, até o dia 31 de dezembro de 2010 – e a Região Centro-Oeste. A Região Nordeste, com menor número de terras reconhecidas, apresentou menor proporção de falantes de língua indígenas (IBGE, 2010), Segundo Oliveira (2008, p. 8),

A História nos mostra que poderíamos ter sido um país ainda muito mais plurilíngüe, não fossem as repetidas investidas do Estado contra a diversidade cultural e lingüística. Essa mesma História nos mostra, entretanto, que não **fomos** apenas um país multicultural e plurilíngüe: **somos** um país pluricultural e multilíngüe, não só pela **atual** diversidade de línguas faladas no território, mas ainda pela grande diversidade interna da língua portuguesa aqui falada, obscurecida por outro preconceito: o de que o português é uma língua sem dialetos.

Finalmente, ainda, somos plurilíngües porque estamos presenciando o aparecimento de ‘novos bilingüismos’, desencadeados pelos processos de formação de blocos regionais de países, no nosso caso o Mercosul, que acompanha outras iniciativas como a União Européia e o Tlcna (Nafta). Esses processos desencadeiam novos movimentos migratórios, novos fatos demolingüísticos e novas configurações para o chamado ‘bilingüismo por opção’, isto é, novas orientações para o aprendizado de línguas estrangeiras. É de se esperar que ocasionem ainda novos tipos de deslocamentos lingüísticos (sic).

Para Oliveira (2008), o que ocorreu no Brasil foi a imposição de uma língua oficial, no caso o Português, em detrimento das demais línguas, as quais resistiram cumprindo suas múltiplas funções comunicativas e sociais, como por exemplo, a transmissão de valores culturais e sociais ao longo da História.

Oliveira (2008) afirma que esse processo de plurilingüismo também se evidencia em países, como Filipinas, onde há cerca de 160 línguas; México, 241; Índia, 391; e Indonésia, 663 línguas. Isso demonstra que o plurilingüismo existe em vários países, embora não seja divulgado, pois cada um deles tem uma língua oficial: espanhol, no México; filipino, tagalo, e ,ainda, o inglês, nas Filipinas; na Índia, embora o hindu seja a língua oficial, nas transações comerciais e sociais são usadas, também, as seguintes línguas: inglês, telugu, bengali, marathi, tamil e urdu; e na Indonésia, o indonésio.

Além do Brasil, outros países que compõe a comunidade lusófona, também, são plurilíngues, como, por exemplo, Moçambique. Devido a diversas etnias, variedade de línguas e de culturas, esta situação lingüística decorre de fatores históricos e sociais, o que possibilita a coexistência de várias línguas étnicas de origem bantu, com a língua portuguesa oficial.

Nesse sentido, segundo Menezes (2013, n.p),

O conceito de plurilinguismo está ligado ao ensino de línguas estrangeiras. Este conceito se difere de multiculturalismo, na medida em que este se refere basicamente à oferta de diferentes línguas, enquanto que o plurilinguismo não se refere apenas ao domínio de diversas línguas e experiência de diversas línguas, mas também à estreita relação entre língua e cultura.

Assim, a língua considerada majoritária é a língua da cultura dominante, ou seja, a língua portuguesa, por isso que a Libras, embora legitimada no Brasil, ainda não é tão difundida, haja vista que a cultura surda propicia a construção de identidades em sujeitos que experenciam o mundo visualmente por intermédio da língua de sinais.

Portanto, faz-se necessário assegurar que os países plurilíngues defendem o direito dos usuários das diversas línguas, a fazê-lo preserva o construto cultural e linguístico constituído ao longo da história a partir de embates políticos e sociais.

3 Políticas linguísticas da Libras

Uma das formas de assegurar a eficácia das políticas linguísticas da Libras consiste em fazer com que a educação de surdos, conforme autores, como Brito (1993), Moura, Lodi e Harrison(1997), Quadros (1997) e Lacerda (1998), seja pautada no bilinguismo, ou seja, no contexto educacional, o ensino de duas ou mais línguas, sendo uma materna e as outras de instrução. Vale ressaltar, que a institucional de ensino, ao adotar o bilinguismo, também adota uma política plurilíngue na sua proposta política pedagógica, pois segundo estas pesquisadoras a língua de sinais, no caso a Libras, deve ser adquirida desde tenra idade, isto é, o mais precocemente possível, como primeira língua, e esta língua será a base linguística para a compreensão do mundo e da língua portuguesa como segunda língua.

Contudo, no que se refere à educação de surdo a tarefa se amplia, pois se faz necessário uma reestruturação curricular e pedagógica no modo de se ensinar, ou seja, o uso de uma pedagogia visual, a qual, segundo Perlin (2004, p. 81), “[...] não se trata de uma pedagogia pronta, mas de uma pedagogia histórica que assume o jeito surdo de ensinar, de propor, o jeito surdo de aprender, experiência vivida por aqueles que são surdos.” Sendo assim, ela deve se pautar pelo construto de educação bilíngue, de forma que escola e sociedade se comprometam com o fortalecimento de uma política de igualdade, mesmo diante da diversidade linguística.

4 Metodologia

A metodologia utilizada foi pesquisa qualitativa, que em um primeiro momento consistiu na leitura de documentos legais e teorias sobre as políticas públicas linguísticas. Em seguida, a busca dos sujeitos que poderiam avaliar os impactos da implantação delas no Brasil, ressaltando que por se tratar de políticas plurilíngues no Brasil, constatou-se que a única língua fora a língua portuguesa que está respaldada legalmente para a instrução é a Libras.

Neste sentido, a delimitação do perfil dos sujeitos que fariam parte da pesquisa: surdos, estudante de licenciatura em Letras-libras presencial, os quais seriam encontrados na única universidade em Goiás que oferta tal curso.

Assim, após contato com os formandos surdos e informa-los sobre o tema da pesquisa, dois formandos surdos, em um total de seis, o que equivale a 33,3% dos alunos matriculados formandos em Letras-libras, do ano de 2018/1 da Universidade Federal de Goiás, dispuseram-se voluntariamente a responder às duas perguntas, a saber: Quais são as políticas necessárias para melhorar a qualidade de vida dos surdos? e Quais áreas têm sido pouco contempladas pelas políticas linguísticas para os surdos?

Afinal, essas perguntas norteiam a implantação e a implementação das políticas referentes a políticas linguísticas, e os formandos passaram por todo o processo de implantação e como licenciados em Letras-libras, atuarão como docentes, ou seja, na implementação delas. Assim, após uma rodada de conversa, eles responderem, por escrito, as duas perguntas as quais foram analisadas à luz da legislação vigente e teorias já referenciadas a priori.

5 Apresentação e análise dos resultados

Os alunos responderam juntos se auxiliando, no registro escrito das respostas na língua portuguesa, portanto, os desvios da norma culta da modalidade escrita da língua portuguesa já demonstram a necessidade de uma implementação das políticas plurilíngues, sobretudo, na instrução, pois o Decreto 5.626/2005 prescreve no Art.22 ,§ 1 o “São denominadas escolas ou classes de educação bilíngue aquelas em que a Libras e a modalidade escrita da Língua Portuguesa sejam línguas de instrução utilizadas no desenvolvimento de todo o processo educativo.” Logo, deveriam ser proficientes também modalidade escrita da língua portuguesa.

Nesse contexto, perguntou-se para os surdos quais seriam as políticas necessárias para melhorar a qualidade de vida dele, como resposta à primeira questão, os alunos surdos responderam que *Tem dentro áreas Lei na Libras também Interpretes de Libras, dois mais importante é valor. Se sem interpretes difícil limite impossível falta comunicar. Dois lei na Libras e Interpretes de Libras mais ajudar vagas de trabalho também lugar e obrigação Libras etc.* Isso demonstra que para o surdo, embora existam as políticas públicas de legitimação da Libras, o seu cumprimento ainda está em fase de implantação, ou seja,

A política linguística instaurada pelo Decreto 5.626/2005 ao regulamentar a lei 10.436/2002 tem como consequência um planejamento linguístico de status, pois reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua nacional usada pela comunidade surda brasileira e de intervenção, pois desdobra uma série de ações de implantação e de implementação da Libras no Brasil. A regulamentação dessa lei apresenta uma série de intervenções que promovem a Libras no país e determina a educação bilíngue (BRASIL, 2014, p. 7, sic).

Assim, o ensino da Libras deve permitir ao aluno surdo o estudo comparativo entre as regras da Libras e do português, de forma progressiva, resultando em um processo de letramento do surdo de forma ampla, sistematizada e significativa tanto na L1 (Libras/ Língua materna) como na L2 (português/segunda língua)⁴, mediante a

⁴ Entende-se que a língua de sinais é a primeira língua (L1) dos surdos, de modo que possam, por meio dela, aprender uma segunda língua (L2), no caso do Brasil, a Língua Portuguesa . Segundo Quadros (1997), no caso da comunidade surda, a L1 é fundamental para que as crianças surdas tenham acesso à língua de sinais para garantir o desenvolvimento da linguagem e, conseqüentemente, do pensamento; e o domínio da L2, na modalidade escrita, é necessário para que os sujeitos surdos possam fazer valer os seus direitos em sociedade (QUADROS, 1997).

adoção de uma educação que lhes proporcione a autonomia pessoal, linguística, cultural e social. Dessa forma, as políticas públicas da Libras devem fomentar uma educação que promova o desenvolvimento de habilidades gerais e específicas nos alunos surdos capacitando-os para sua atuação no mercado de trabalho.

Neste sentido, como resposta da segunda questão: Quais áreas têm sido pouco contempladas com as políticas linguísticas para os surdos? *Minha opinião tem faltar muito no Brasil exemplo áreas hospitais, áreas advogados, políticas faltam de interpretes de Libras também não sabem comunicar de Libras para surdos. Por isso começar pouco tempo passado 2002 Lei Libras. Exemplo curso de Letras de Libras em UFG sabe só foco Libras por surdos maiores entram estudar. Exemplo Curso de Matemática, Ciências e Médico etc.... cadê interpretes falta mas fazer no vestibular não tem vídeo tradução de interprete libras por falta e problemas este mas surdos tem lutar precisar colocar no vídeo tradução de interprete libras para vestibular todos lugar.* Com base na fala dos surdos, é possível perceber que de fato as políticas linguísticas estão em processo de efetivação, mas é necessária uma intervenção mais eficaz do Estado, para que tenham seus direitos respeitados em todos os lugares no território nacional. Por conseguinte, se faz necessário que a implementação dessas políticas públicas linguísticas contribua eficazmente, para que o surdo fique imerso em sua cultura e nela mediante o uso da sua língua - a Libras produza significados e também se ressignifique, constituindo a sua identidade dentro de um país de direito e de fato plurilíngue.

Considerações finais

O reconhecimento do Brasil como um país plurilíngue possibilita o fortalecimento das línguas aqui existentes, pois, embora a língua portuguesa seja a língua oficial da maioria dos falantes, está assegurado o direito aos outros falantes de usarem a sua língua, por meio da qual constituem seu vínculo social, percebem o mundo à sua volta e se percebem como sujeitos.

Contudo, pelas respostas dos surdos entrevistados, percebe-se que ainda há muito a se fazer para que o direito do surdo de usar a sua língua seja efetivado, a começar pela necessidade de uma educação de qualidade que o capacite para a inserção no mercado, pois, para isso, precisa dominar plenamente tanto a Libras quanto a língua portuguesa escrita, para que seja capaz de se posicionar criticamente diante das situações do cotidiano.

Nesse sentido, percebe-se a relevância das políticas linguísticas, pois o surdo tem direito a uma educação bilíngue de qualidade, que o prepare para o mercado de trabalho, o capacite a exercer plenamente sua cidadania, dominar a tecnologia de forma ampla, compreender as relações de espaço e tempo, ser multicompetente e multiqualeficado, capaz de gerir situações de grupo, de se adaptar a situações novas e, claro, sempre pronto a aprender.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto no 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.

BRASIL. **Plano Nacional de Cultura**: Diretrizes Gerais. Brasília: Ministério da Cultura, 2006. Disponível em: http://pnc.cultura.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/03_plano_nacional_de_cultura.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRITO, L.F. **Integração social & Educação de surdos**. Rio de Janeiro: Babel; 1993.

FERNANDES, Sueli de Fátima. *Práticas de letramento na educação bilíngue para surdos*. Curitiba: SEED, 2006. CDU376: 800.95(81). Disponível em: <http://www.cultura-sorda.eu/resources/Fernandes_praticas_letramentos+surdos_2006.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FERNANDES, S.; MOREIRA, L. Políticas de educação bilíngue para surdos: o contexto brasileiro. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, Edição Especial, n. 2/2014, p. 51-69.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LACERDA, Cristina B.F. de. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. Cad. CEDES [online]. 1998, vol.19, n.46, pp.68-80. ISSN 1678-7110. <https://doi.org/10.1590/S0101-32621998000300007>.

MENEZES, L. J. J. M. Plurilinguismo, Multilinguismo e Bilinguismo: Reflexões sobre a Realidade Linguística Moçambicana. **Revista Percursos Linguísticos**, 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/percursos/article/view/4589> >. Acesso em: 20 jun. 2020.

MOURA, Maria Cecília de; LODI, Ana Cláudia B; HARRISON, Kathryn M. P. História e educação: o surdo, a oralidade e o uso de sinais. In: LOPES FILHO, Otacílio. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997, Cap 16, p. 327-357

BRASIL. MEC/SECADI. Relatório sobre a política linguística de educação bilíngue – língua brasileira de sinais e língua portuguesa. Brasília: MEC/SECADI, 2014.

MORELLO, R. Diversidade no Brasil: línguas e políticas sociais. **Synergies Brésil**, v. 7, p. 27- 36, 2009.

OLIVEIRA, Gilvan Müller de (org.). **Declaração universal dos direitos linguísticos: novas perspectivas em política linguística**. Campinas (SP): Mercado de Letras, 2008.

PEREIRA, Maria Cristina da Cunha. **O ensino de português como segunda língua para surdos: princípios teóricos e metodológicos.** *Educ. rev.* [online]. 2014, n.spe-2, pp.143-157. ISSN 0104-4060.

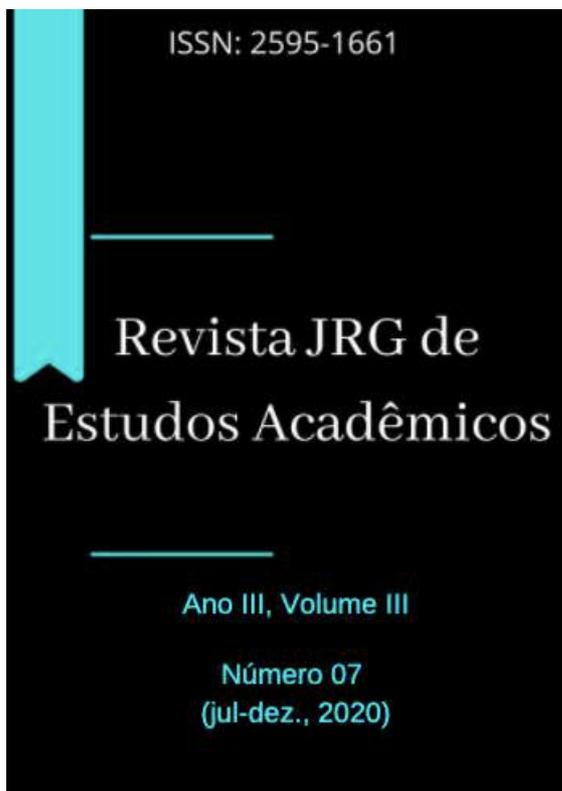
QUADROS, R. M. Políticas linguísticas e bilinguismo na educação de surdos brasileiros. In: Ana M. Carvalho. (Org.). *Linguística luso-brasileira.* Madrid: **Iberoamericana Editorial Vervuert**, 2009, v. 2, p. 215-235.

PERLIN, G. T. Surdos: cultura e pedagogia. In: THOMA, A. S.; LOPES, M. C. (org.). **A invenção da surdez:** espaços e tempos de aprendizagens na educação de surdos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. p. 63-84. v. 2.

QUADROS Ronice Muller de. . **Educação de Surdos:** a Aquisição da Linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.)

QUADROS, CAMPELLO, Ana Regina e Souza. Constituição política, social e cultural da língua brasileira de sinais. In: MACHADO, Lucylene Matos da Costa Vieira; LOPES, Maura Corcini (org.). *Educação de surdos:* políticas, língua de sinais, comunidade e cultura surda. Santa Cruz/RS: EDUNISC, 2010.p. 15-47. v. 1.

SKLIAR, C. (org.) **A surdez:** um olhar sobre as diferenças. 4.ed. Porto Alegre: Mediação, 1999.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/07/2020.

Data de reformulação: 05/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 13/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 22/07/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3956755>

Publicado: 2020-07-13

**O PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE SEGUNDA LÍNGUA
NA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICO-CULTURAL**

*Ariane Carreiro de Sousa*¹
*Mairy Aparecida Pereira Soares Ribeiro*²
*Juliana Guimarães Faria*³

¹ Mestranda em Estudos Linguísticos – Faculdade de Letras–UFG; Especialista em Docência do Ensino Superior – FABEC (2015); graduada em Letras-Libras – UFG (2014); Professora do Centro Universitário de Goiás – UNIGOIÁS, lotada na Pró-Reitoria de EaD. ariane.carreiro@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5509-0777>

² Doutoranda em Psicologia – UCB-Brasília; Mestre em Educação- PUC-Goiás; Especialista em Estudos Linguísticos e Literários-UFG; Especialista em Letramento Informacional- UFG; Graduada em Letras Português-UFG; Graduada em Letras-Libras-UFG; Professora das Licenciaturas do Centro Universitário de Goiás - UNIGOIÁS, lotada na Pró-Reitoria de EaD; Estatutária da Secretária de Estado da Educação, Cultura e Esporte de Goiás. mairyribeiro@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5571-7154>

³ Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Goiás (2001), especialização em Informática em Educação (UFLA, 2003), Avaliação Institucional (UEG, 2005) e em Mídias Digitais (IPOG, 2014), mestrado (2005) e doutorado (2011) em Educação pela Universidade Federal de Goiás e estágios pós-doutoral em: (1) Educação, Linguagem e Tecnologias realizado na Universidade Estadual de Goiás (UEG, 2014), estudando a relação tecnologias, linguagem e educação de surdos; e (2) estágio pós-doutoral na Universitat Autònoma de Barcelona/Espanha (UAB, 2017) no Departament de Traducció i d'Interpretació i d'Estudis de l'Àsia Oriental, estudando a formação de profissionais de tradução e interpretação de línguas orais e línguas de sinais. É professora (Adjunto 4) na Faculdade de Letras da Universidade Federal de Goiás (FL/UFG) nos cursos de: a) Licenciatura em Letras: Libras; b) Bacharelado em Letras: Tradução e Interpretação em Libras/Português; c) Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística; e d) curso de Especialização em Linguística das Línguas de Sinais. julianagf@ufg.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4493-8944>

Resumo: O presente artigo tem como tema as concepções e abordagens relacionadas ao desenvolvimento e aprendizagem do sujeito fundamentadas na perspectiva sócio-histórico-cultural e dialética. Seu objetivo é demonstrar de que forma o processo de aprendizagem de segunda língua baseado nessa concepção pode se dar. A investigação desenvolvida utiliza as técnicas e procedimentos da pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa e está pautada na leitura dos trabalhos de dissertação de mestrado (1991) e tese de doutorado (1997) da professora Ivone Garcia Barbosa. Seguindo como base teórica os autores: Leontiev (1978), Luria (1984), Vygotsky (1988;2000) e Wallon (1986). Os resultados da revisão da literatura sobre esta temática apontam para a relevância da linguagem como mediadora no processo de desenvolvimento cognitivo, indicando que o processo cultural facilita a aquisição de uma segunda língua e que a relação entre sujeito e meio são determinantes para o processo de desenvolvimento do sujeito.

Palavras-chave: Sujeito. Desenvolvimento. Linguagem. Língua. Cultura.

Abstract:

This article has as its theme the conceptions and approaches related to the development and learning of the subject based on the socio-historical-cultural and dialectic perspective. Its objective is to demonstrate how the second language learning process based on this conception can take place. The research developed uses the techniques and procedures of bibliographic research with a qualitative approach and is based on the reading of master's dissertation works (1991) and doctoral thesis (1997) by professor Ivone Garcia Barbosa. Following as theoretical basis the authors: Leontiev (1978), Luria (1984), Vygotsky (1988; 2000) and Wallon (1986). The results of the literature review on this topic point to the relevance of language as a mediator in the cognitive development process, indicating that the cultural process facilitates the acquisition of a second language and that the relationship between subject and environment are determinant for the development process of the subject.

Keywords: Subject. Development. Language. Language. Culture.

Introdução

O desenvolvimento desse trabalho está pautado no paralelo entre as concepções e abordagens relacionadas ao desenvolvimento e aprendizagem do sujeito por meio dos aspectos sociais, históricos, culturais e dialéticos, com o objetivo de demonstrar de que forma o processo de aprendizagem de segunda língua pode acontecer na perspectiva da teoria da atividade sócio-histórico-cultural. Para isso, são adotados como referencial teórico para a discussão os autores Leontiev (1978), Luria (1984), Vygotsky (1988;2000) e Wallon (1986).

Os aspectos a serem abordados são a linguagem como atividade consciente do homem e mediadora do desenvolvimento humano; a influência cultural no processo de desenvolvimento e apropriação de conhecimento por parte do sujeito, examinando tal influência no processo de aprendizagem de segunda língua, tendo em vista que aprender uma língua é uma apropriação de conhecimento; a relação entre sujeito e meio no que diz respeito ao processo de aprendizagem, levando em consideração o que Vygotsky e Leontiev defendem, ou seja, que a atividade consciente do homem – considerando-se a língua em uso como um instrumento da

atividade psíquica do homem, logo uma atividade consciente – pode alterar o meio e, assim, o meio modificar a atuação do homem.

Todos esses aspectos são abordados com base nos autores citados acima e no decorrer da discussão é feito um paralelo com uma pesquisa realizada por Paiva (2011), na qual investiga o que motiva a dinâmica do sistema de aquisição de segunda língua.

A linguagem: atividade consciente e mediadora

A linguagem tem como função a comunicação social, capaz de transmitir enunciados e compreensões. Esta comunicação social é mediada pela linguagem, outro sistema de signos ou meios de comunicação, sendo esses mediadores que diferem a comunicação social da comunicação produzida no reino animal. A comunicação embasada na compreensão racional, que carrega intenção na transmissão de ideias e experiências, tem um sistema de meios cujo protótipo é a linguagem humana, que surgiu a partir da necessidade da comunicação social no processo de trabalho. Essa comunicação, além de ter a linguagem como parte do seu sistema, também, envolve o pensamento, o significado, a palavra, a língua, entre outros aspectos constituintes da comunicação humana.

Segundo Vygotsky (2000), em termos psicológicos, a palavra nunca se refere a um termo isolado, ou seja, o significado não está associado a esse isolamento, mas a todo um grupo ou classe de objetos de que a palavra faz parte. Assim, cada palavra é uma generalização latente, em que a realidade é refletida de modo diverso, diferente das percepções e sensações imediatas.

Para Luria (1984 *apud* BARBOSA,1991), a característica fundamental da consciência humana está justamente na condição do homem assimilar toda experiência social, presente e passada, podendo planejar o futuro, vivenciando assim, o mundo conceitual e abstrato e não somente o mundo de impressões imediatas. Assim acontece com a linguagem, do ponto de vista de um sistema complexo adaptativo: o sistema é formado por meio da interação entre diversos falantes na comunidade de fala, na qual a adaptação ao sistema acontece mediante o comportamento do falante, que se baseia nas interações (experiências) anteriores e atuais as quais, juntas, possibilitam a organização do comportamento futuro. Desta forma, a linguagem torna-se uma das condições que leva à formação da atividade consciente de estrutura complexa do homem.

Além disso, Vygotsky (1988 *apud* BARBOSA,1991) afirma que a atividade consciente vai além de um reflexo ou resposta a um estímulo externo, pois ela acontece no processo de transformação do meio pela ação do homem, por intermédio do trabalho e da atividade instrumental. Neste sentido, como instrumento de suas atividades psíquicas internas, o homem utiliza a língua.

Ainda conceituando atividade, Leontiev (1978) a define como uma ação mútua de transformações entre os polos sujeito-objeto, tendo como origem uma necessidade determinada do sujeito que se dirige a um material ou ideal. Assim, para Barbosa (1991), é possível perceber a atividade consciente do homem sendo capaz de alterar o meio e, automaticamente, a si mesmo e essa atividade surge, como citado acima, por meio de uma necessidade inicial.

Sendo assim, pressupõe-se, então, que a linguagem também pode alterar o meio em que o sujeito está inserido, e essa mudança pode refletir de forma transformadora no sujeito que produziu a linguagem.

A relação entre língua e cultura no processo de aprendizagem de segunda língua

No que diz respeito à língua, Paiva (2011) a define como um sistema dinâmico não linear e adaptativo, formado por elementos bio-cognitivo-sócio-histórico-cultural e político que estão conectados entre si, permitindo ao homem pensar e agir na sociedade. No entanto, Leontiev (1978) diz que é por meio da aprendizagem da língua que a aptidão para usar a linguagem se estabelece, afirmando, ainda, que as diversas aptidões humanas, entre elas, a linguagem, não se transmitem de modo hereditário, biológico, mas ao longo do percurso da vida, por meio de um processo de apropriação da cultura criada e transmitida pelas gerações passadas. Sendo a cultura não apenas uma tradição de determinados grupos, comunidades ou gerações, ela vai além desses conceitos, porque, segundo Barbosa (1997), ela própria se forma e se transforma, e é construída a partir da relação incessante com a natureza, com o trabalho, com o homem, tendo suas regras, valores, crenças e costumes.

Vygotsky e Luria (*apud* BARBOSA, 1997) ao abordarem sobre o desenvolvimento infantil, afirmam que a criança em sua fase pré-cultural, definida como a incapacidade infantil em utilizar-se dos meios culturais para se apropriar do conhecimento, precisa da mediação do adulto, que lhe oferece meios culturais, ativando outro estágio de desenvolvimento. Assim, conforme a criança passa a se apropriar desses meios, o adulto deixa de exercer a função de mediação, começando a existir na criança um funcionamento mental novo. Desta forma, a cultura passa a ser vista como se fosse um agente formador de imagem na mente da criança, tornando-a habilitada para lidar, autonomamente, com os elementos culturais, desenvolvendo novas formas operacionais de pensar. Essa apropriação, inclusive, altera, também, o processo de desenvolvimento da linguagem.

Dessa forma, quando se fala sobre aprendizagem de segunda língua, a utilização de meios culturais ou artefatos culturais, durante o processo, seja na fase infantil ou adulta, pode alterar as formas operacionais de pensar e de reproduzir linguagem.

A relação entre sujeito e meio no processo de aprendizagem de segunda língua

Retomando o que foi citado por Vygotsky (1988 *apud* BARBOSA, 1991) que a atividade consciente do homem pode alterar o meio e, assim, o meio modificar a atuação do homem – a aquisição de linguagem, na perspectiva da teoria da complexidade, também, proporciona essa interação entre o sujeito e o ambiente, daí, a justificativa da influência cultural no aprendizado de uma segunda língua. Paiva (2011), na sua pesquisa demonstra que os sistemas complexos, assim como a aquisição de linguagem, são adaptáveis, desenvolvendo uma habilidade para se adaptar a diversos contextos e a diferentes condições internas ou externas.

Sendo assim, para que o homem adquira uma segunda língua, que, também, se torna um instrumento de sua atividade psíquica, é necessário passar por um processo, que, ora pode acontecer de forma sistemática, ora, de forma natural, pelo simples fato de estar exposto a uma determinada língua. Ambos os processos, alteram o sistema de pensamento e linguagem do homem.

Conseqüentemente, conforme Paiva (2011), a linguagem em uso influencia o aprendiz e é influenciada por suas práticas sociais em um processo contínuo de organização e reorganização, paradoxalmente, estabelecido em graus de liberdade

e dependência. Como afirma Wallon (1986 *apud* BARBOSA, 1991), utilizando-se da concepção materialista-histórica e dialética, mesmo havendo uma diferença entre o sujeito e o objeto, um é condição do outro. A relação entre o objeto e o sujeito acontece por meio da contradição, que origina uma série de ações e reações, em que um atua sobre o outro, modificando um ao outro. Nesse processo surgem conflitos que levam ao desenvolvimento do conhecimento, no qual novas estruturas são estabelecidas, em sistemas mais precisos e organizados, resultando em uma maior apreensão do real por parte do sujeito.

Então, levando em conta as considerações de Wallon (1986), sobre o desenvolvimento do conhecimento, quando um sujeito se submete a aprender uma segunda língua, esse processo passa a ser composto por ações e reações, contraditórias, conflitantes e, aparentemente, desorganizadas, tudo isso, causando alguns conflitos, e é a partir desses conflitos, que o novo sistema linguístico da nova língua é percebido e aprendido pelo sujeito, sendo o sistema linguístico visto como algo real e concreto.

Para ilustrar os conceitos expostos, passa-se a discutir, a seguir, a pesquisa realizada por Paiva (2011), na qual investiga o que motiva a dinâmica do sistema de aquisição de segunda língua, com base na teoria da complexidade, na qual “[...] qualquer elemento no sistema influencia e é influenciado por outros elementos” (CILLIERS, 1998, p.3) *apud* Paiva (2011). Em sua pesquisa, Paiva analisa histórias de aprendizagem de língua inglesa escritas por aprendizes japoneses e brasileiros, com a intenção de demonstrar acontecimentos importantes na ASL, por meio da mudança em três fatores: *motivação*, *identidade* e *autonomia*.

Motivação

Sobre a motivação em aprender uma segunda língua, os elementos culturais de um determinado país ou comunidade têm uma forte ligação com o nível que ela se estabelece em cada sujeito. Por exemplo, a cultura inglesa, especificamente, a literatura e a música, parece ser uma fonte de motivação externa. De acordo com os dados da pesquisa, a autora percebeu que alguns alunos queriam aprender a língua inglesa para aprender a letra das músicas, outros por que eram fãs de bandas ou de cantores que usavam a língua inglesa. Dessa forma, os alunos se dedicavam a aprender a língua com mais intensidade, utilizando-se das experiências de práticas sociais da linguagem, por meio de artefatos culturais, como música, TV, leitura, etc.

De acordo com a pesquisa de Paiva (2011), pequenas mudanças nas experiências dos estudantes podem gerar enormes alterações na motivação, sendo que ela pode desaparecer no ambiente escolar, assim, como pode ser intensificada, dependendo das experiências escolares ou sociais estabelecidas entre o sujeito e o meio. Assim, a autora considera a motivação um fenômeno de mudança, podendo crescer ou diminuir. Segundo Barbosa (1991), para os autores soviéticos (Vygotsky, Luria e Leontiev.), a forte influência de objetos e situações históricas contribuem para o desenvolvimento do aprendizado, não sendo este um processo possibilitado, exclusivamente, pela escola. É desse modo que surgem a motivação ou a desmotivação em aprender algo, conforme as experiências vivenciadas em diferentes contextos.

É bom lembrar, aqui, sobre a atividade consciente do homem, que se manifesta a partir da necessidade. Pode-se, então, perceber a motivação como uma atividade consciente do homem, que surge sempre com a necessidade de se alcançar algo, de acordo com o contexto social em que este indivíduo está inserido.

Contudo, a motivação pode deixar de existir, às vezes de forma imperceptível, devido a alguma experiência negativa vivenciada pelo sujeito, gerando, assim, uma desmotivação. O simples fato de uma brasileira ser muito fã de um cantor americano, por exemplo, pode ser uma grande motivação para ela buscar o conhecimento e o aprendizado da língua inglesa. Ou seja, a necessidade de aprender inglês é gerada por uma motivação impulsionada pelo interesse afetivo da fã pelo ídolo.

Identidade

Aprender uma língua inclui diversas dimensões do sistema complexo da identidade. Além da identidade de aprendiz, de gênero e de classe social, outras identidades podem surgir ao longo do processo. Segundo Barbosa (1997), Vygotsky, Luria, Leontiev e Wallon partem do pressuposto de que existe entre o homem e o mundo natural e social uma relação dialética, na qual, ao transformar o mundo e ser transformado por ele, o homem desenvolve a capacidade de promover a autotransformação. Com base neste conceito, entende-se que a identidade do aprendiz pode ser transformada no decorrer do processo de aprendizagem de uma segunda língua, na medida em que essa relação dialética passa a existir ente o sujeito e a língua em contato, sendo que a língua é acompanhada de elementos culturais, históricos e culturais capazes de gerar uma autotransformação no aprendiz.

Autonomia

A autonomia está fortemente interligada com a motivação e a identidade dentro do processo complexo de aquisição de uma segunda língua. De acordo com Paiva (2011), em situações de autonomia, os alunos criam situações de uso da língua e, geralmente, essa autonomia aparece a partir de algum interesse ou necessidade, o que pode, até mesmo, resultar na alteração da identidade. Para a autora, os sistemas de ASL têm mudanças em suas fases e se auto-organizam, envolvendo práticas sociais que permitem a emergência de novas motivações, identidades e novas estratégias de aprendizagem autônoma. Sendo assim, esses sistemas não se limitam apenas às experiências linguísticas vivenciadas no âmbito escolar.

Então, a relação entre o sujeito e o meio no processo de aprendizagem de uma segunda língua estão sempre em evidência. motivação, identidade, , autonomia, entre outros, podem ser considerados elementos de um sistema complexo da ASL, sempre em processo de transformação e adaptação, passando, também, por conflitos resultantes das influencias do meio sobre o sujeito e do sujeito sobre o meio. Esses conflitos possibilitam ao homem reorganizar um sistema que antes era visto de forma desorganizado.

Considerações finais

Pode-se concluir, então, que o processo de aprendizagem de uma segunda língua sofre grande influência de aspectos sociais, culturais e históricos, pois esse processo é composto por fases, que se transformam, organizam e se adaptam de acordo com as influências exercidas pelo meio. Além disso, a habilidade que o homem tem de utilizar a linguagem como uma atividade consciente é desenvolvida por meio do uso adequado da língua. E o uso adequado da língua sempre está relacionado ao contexto em que o sujeito está inserido. Aprender uma segunda

língua irá resultar em mudanças de hábitos, adaptação e transformações de sistemas constituídos pela influência recebida do contexto sócio-histórico-cultural.

Referências

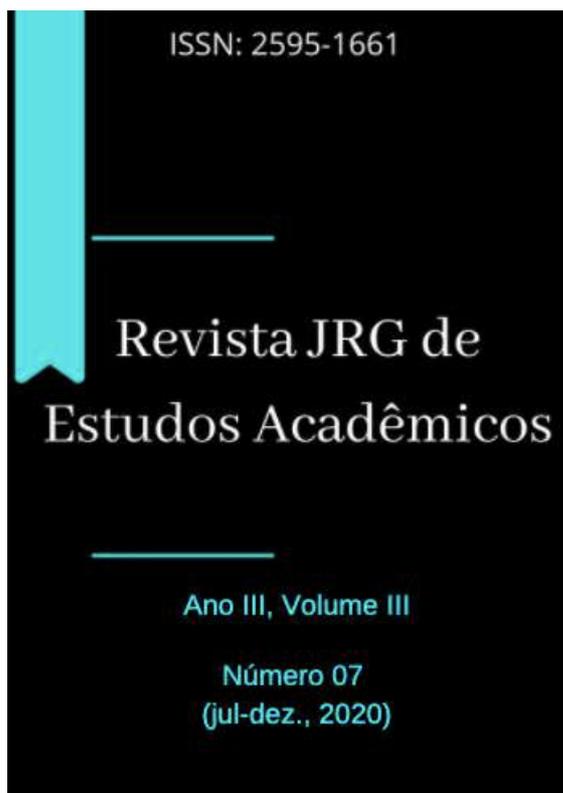
BARBOSA, I. G. **Psicologia Sócio-Histórico-Dialética e Pedagogia Sócio-Histórico-Dialética: Contribuição para o repensar das teorias pedagógicas e suas concepções de consciência.** Goiânia, FE/UFG, 1991. CAP.2 p.136-209 (Dissertação de Mestrado)

_____, I. G. **Pré-escola e formação de conceitos: uma versão sócio-histórico-dialética.** 1977. São Paulo, FE/USP, 1997.p. 19-144. (Tese de Doutorado).

LEONTIEV, Alexis. **O desenvolvimento do psiquismo.** Lisboa: Horizonte, 1978. P.261-284.

PAIVA, V. L. M. de O. Linguagem e aquisição de segunda língua na perspectiva dos sistemas complexos. *In:* BURGO, V. H.; FERREIRA, E. F.; STORTO, L. J. **Análise de textos falados e escritos: aplicando teorias.** Curitiba: Editora CRV, 2011. p.71-86.

VIGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem.** Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Cap. 01 [p. 1-18]



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):

05/07/2020.

Data de reformulação: **15/07/2020**

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): **18/07/2020**

Data de disponibilização no site (publicação): **22/07/2020**

DOI: [http://doi.org/ 10.5281/zenodo.3956875](http://doi.org/10.5281/zenodo.3956875)

Publicado: **2020-07-22**

**ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
O QUE O ESTADO LUCRA COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS¹**

*SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE CONCEPT OF PUBLIC POLICIES: WHAT
THE STATE PROFITS FROM PUBLIC POLICIES*

Jonas Rodrigo Gonçalves²

Danilo da Costa³

João Carlos Gonçalves⁴

¹ Artigo revisado linguisticamente por Jonas Rodrigo Gonçalves. Como citar este artigo: GONÇALVES, Jonas Rodrigo; COSTA, Danilo da; GONÇALVES, João Carlos. Algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas: o que o Estado lucra com as políticas públicas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano III, Vol.III, n.7, jul.-dez., 2020.

² Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Fasesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: professorjonas@gmail.com.

³ Mestrando em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, e Direito Administrativo. Licenciado em Geografia pela Universidade Anhanguera. Professor da Faculdade Processus (DF). Coordenador do grupo de pesquisa da Faculdade Processus "Políticas Públicas e Inovações Tecnológicas". Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9522717317530051>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1849-4945>. E-mail: educadordanilocosta@gmail.com.

⁴ Mestrando em Ciências Contábeis pela UnB (DF), possui graduação em Ciências Contábeis pela Unisantos - Faculdade de Ciências Econômicas e Comerciais de Santos. Atualmente é consultor empresarial e professor do IBMEC e Faculdade Processus no DF, com MBA em Gestão de Empresas, cursado no INPG em 2003. Na Faculdade Processus, coordena o grupo de pesquisa "Aspectos contábeis e/ou financeiros da políticas Públicas". CV: <http://lattes.cnpq.br/9535681858709853>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5167-8135>. E-mail: joca.goncalves@yahoo.com.br.

Resumo

Este artigo analisa algumas conceituações sobre o conceito de políticas públicas, na perspectiva do que o Estado lucra, economicamente falando, com as políticas públicas. Aborda o seguinte problema: “Além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos?”. Como hipótese, acredita-se que sim, ou seja, que o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas. Analisar se o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas é o objetivo principal. Especificamente objetiva: tecer algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas; avaliar se há viés romantizado sobre políticas públicas que apresente apenas os aspectos positivos de uma política pública; discutir o que o Estado ganha economicamente com a implementação de políticas públicas de diversas naturezas. Com isso, a pesquisa é relevante para docentes, para a ciência e para a sociedade. Fez-se uma pesquisa teórica qualitativa com base em artigos científicos e livros acadêmicos.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Políticas de Saúde. Políticas de Educação. Políticas de Moradia. Transferência de Renda.

Abstract

This article analyzes some conceptualizations about the concept of public policies, from the perspective of what the State profits, economically speaking, from public policies. It addresses the following problem: “In addition to the social well-being promoted through public policies, does the State also have other gains, with regard to economic aspects?”. As a hypothesis, it is believed that it does, that is, that the State profits economically speaking with public policies. Analyzing whether the State profits economically speaking with public policies is the main objective. Specifically objective: to make some considerations about the concept of public policies; evaluate whether there is a romanticized bias about public policies that presents only the positive aspects of public policies; discuss what the State gains economically with the implementation of public policies of different kinds. Thus, the research is relevant for teachers, for science and for society. Qualitative theoretical research was carried out based on scientific articles and academic books.

Keywords: Public policy. Health Policies. Education Policies. Housing Policies. Income Transfer.

Introdução

Este artigo se propõe a apresentar algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas, bem como refletir sobre o que o Estado lucra com as políticas públicas. Muitas vezes, há um certo romantismo relacionado ao tema das políticas públicas, dando a perceber que o governo é um agente de bondade para com sua população sem nenhum interesse por trás de uma política pública.

Política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, sempre que necessário, propor mudanças no rumo ou curso de tais ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas se constitui no estágio no qual os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações os quais produzirão resultados ou mudanças no mundo real (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2014).

O presente trabalho parte do seguinte problema: Além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos? Ou seja, questiona-se o que o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas.

Dye (1984) resume a definição de política pública como 'o que o governo escolhe fazer ou não fazer'. A definição mais conhecida permanece sendo a de Laswell (1936/1958, p. 24), isto é, decisões e análises acerca de política pública implicam responder aos seguintes questionamentos: quem ganha o quê? Por quê? Que diferença faz?

Nesse sentido, nosso manuscrito parte da seguinte hipótese: além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos. Isto é, o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas.

Releva destacar que política pública não se traduz em uma só ação por parte do governo, mas sim em um conjunto de frentes de atuação, intencionalmente coerentes, as quais se retroalimentam e operam para a realização de um objetivo. Nesse sentido, o controle – especialmente no campo do agir o qual tenha em conta alcançar uma coletividade – não pode reivindicar para si uma aptidão para uma ação substitutiva daquela instância de poder a qual é revestida, inclusive, da própria arquitetura institucional à formulação das escolhas democráticas de prioridade; e mais ainda, que mantém maior proximidade com o complexo de informações e relações que haverão de cunhar essas mesmas políticas públicas (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2014).

O objetivo geral a ser investigado neste artigo é analisar se, além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos. Isto é, checar se o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas.

Também se pode entender política pública como um componente de ação estratégica, ou seja, que incorpora elementos sobre a ação necessária e possível naquele momento determinado, naquele conjunto institucional e projeta-os para o futuro mais próximo (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2014).

Como objetivos específicos, temos: tecer algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas; avaliar se há viés romantizado sobre políticas públicas que apresente apenas os aspectos positivos de uma política pública; discutir o que o Estado ganha economicamente com a implementação de políticas públicas de diversas naturezas.

As políticas públicas surgiram com o intuito de constituir uma das maneiras de interação e de diálogo entre o Estado e a sociedade civil, uma vez que a ele era facultada a legitimidade ao prover à sociedade civil boas condições de vivência. Elas passariam a atuar com vistas a responder a demandas, principalmente dos grupos sociais excluídos, dos setores marginalizados, esferas pouco organizadas e segmentos mais vulneráveis [...] (BRASIL, 2004 apud GONÇALVES, COSTA, 2019, p.123)

Esta pesquisa se justifica, para docentes de ensino superior de humanidades e ciências sociais aplicadas, por possuir relação direta com a educação superior em si, inclusive pelas várias políticas de acesso à educação superior, como Fies e Prouni, por exemplo.

Para a ciência, releva destacar que a ciência política, bem como as ciências sociais, e ainda o próprio Serviço Social, atuam em conjunto na reflexão acerca dos

resultados alcançados quando da implementação de uma política pública, independentemente da área envolvida nesta ação do Estado.

Para a sociedade, o tema é relevante por envolver diretamente a população daquele país que se enquadra nos critérios de composição do público-alvo daquela determinada política pública. A sociedade precisa contar com o apoio do Estado, por meio de políticas públicas, mesmo que isso represente economia ao governo.

Trata-se de uma pesquisa teórica, a partir de fonte bibliográfica, com fundamento em artigos científicos e livros acadêmicos, bem como em legislações que envolvem o universo das políticas públicas. Esta pesquisa teórica buscou trazer conceituações sobre políticas públicas, na tentativa de analisá-las, ou mesmo criticá-las.

Acerca do instrumental utilizado para a realização deste trabalho, esta pesquisa parte de artigos científicos e/ou acadêmicos sobre a temática das políticas públicas, cuja base de busca desses artigos foi o Google Acadêmico. Também se pautou em livros acadêmicos sobre o tema. Foram escolhidos artigos localizados pelo Google Acadêmico a partir das seguintes palavras-chave: “Política Pública, Políticas de Saúde, Políticas de Educação, Transferência de Renda, Políticas de Moradia”.

Quais os critérios de exclusão das bases de dados? Foram excluídos artigos que possuíam mais de três autores. Também não foram incluídos artigos em que pelo menos um dos autores não fosse mestre ou doutor. Só foram aceitos artigos publicados em periódicos indexados com ISSN. Isso tudo para a garantia mínima de qualidade desta pesquisa. O tempo previsto para elaboração deste trabalho foi de três meses, já incluso o tempo necessário para leitura dos textos originais (artigos e/ou livros), bem como seleção dos trechos e paráfrases. No primeiro mês realizou-se o levantamento do referencial teórico; no segundo mês, a revisão da literatura; no terceiro mês, a elaboração dos elementos pré-textuais e pós-textuais que compõem todo o trabalho.

A pesquisa é qualitativa, uma vez que foi realizada uma revisão de literatura com tratamento das informações coletadas. Optou-se por uma pesquisa qualitativa, na qual os autores trataram os dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos relevantes levantados pelos seus respectivos autores.

A metodologia utilizada neste trabalho segue os preceitos de Gonçalves (2019, p.31), que aduz que Artigo de Revisão é trabalho monográfico ou em coautoria, o qual é passível de ser publicado em revista acadêmica e, por isso, geralmente de pequena extensão, afirma que pode ser utilizado como requisito obrigatório para a conclusão de curso de graduação de várias faculdades e que possui entre 10 e 30 páginas.

Breves considerações sobre o conceito de Políticas Públicas

O que diferencia uma lei de uma política pública? O que caracteriza uma política pública? Uma política pública é um conjunto de leis com um objetivo comum que tenha uma população específica e uma ação estratégica definida? Quais os tipos de políticas públicas existentes no Brasil? Quais as esferas governamentais que envolvem as políticas públicas? Quais são as áreas que possuem políticas públicas vigentes? Este capítulo pretende responder a esses questionamentos.

É relevante saber o que é uma política pública e ver como ela é tratada no Brasil, bem como a forma que o governo faz este trabalho para amenizar as desigualdades sociais. Trabalho este o qual é muito importante devido ao grande “abismo social” que há no País, que é recordista no mundo quando o assunto é desigualdade social (GONÇALVES, 2017, p.23).

O que é uma lei? No Brasil temos várias leis, cada uma com seu objetivo específico, no entanto, todas as nossas legislações se dirigem a todos(as) os brasileiros. Por exemplo, uma lei da esfera federal que envolva um determinado crime cometido, possui sua aplicação e punição a todos(as) que cometerem este crime, independentemente de raça, cor, sexo, orientação, condição social etc., claro que com todas as particularidades que incluem o recurso financeiro para a contratação de um bom escritório de advocacia, bem como as especificidades de cada processo, porém, em tese uma lei se aplica a todos(as) os(as) brasileiros(as).

O que diferencia uma lei de uma política pública? Diferentemente de uma lei específica que se destina a toda a população, uma política pública é um conjunto de leis que se aplica a uma população específica. Logo, uma política pública possui um público-alvo, aqui considerados como sendo os beneficiários. Por exemplo, a política pública “Minha casa, minha vida” não se aplica a todos(as) os(as) brasileiros(as). Trata-se de uma política pública de moradia que se aplica a um público específico, um público-alvo, uma população específica.

Da mesma forma com políticas públicas de outras áreas. Por exemplo, a política pública de educação “Fies” também se aplica a um público específico e não a todos(as) os(as) brasileiros(as). Assim também a política de saúde para portadores de Diabetes, cuja população beneficiária inclui apenas os(as) acometidos(as) por esta doença. Também a política de transferência de renda “Bolsa Família” possui regras específicas para definição da população de beneficiários do programa.

Isso diferencia, nesta primeira reflexão, uma lei, que atinge a toda a população de uma política pública, cujo público-alvo é uma população específica, independentemente de se tratar de uma política pública de moradia, de transferência de renda, de educação ou de saúde.

Conhecendo o conceito de políticas públicas e sua ampla abordagem, pode-se fazer uma ramificação com o conceito de políticas públicas de saúde. Dado que esta área de política pública enquadra-se nas políticas sociais sobre a saúde dos brasileiros (GONÇALVES, 2017, p.23).

Observemos, então, que políticas de saúde nada mais são do que políticas públicas aplicadas às questões que envolvem a saúde coletiva, sobretudo no âmbito da saúde pública e do SUS – Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, algumas enfermidades possuem necessidades específicas, as quais precisam estar garantidas em legislações direcionadas para que este determinado público-alvo tenha seus direitos garantidos. Com isso, temos políticas de saúde específicas de algumas enfermidades: HIV; Hepatites; Diabetes; Hanseníase; HPV etc.

Tais políticas de saúde, portanto, contam com componentes específicos que ampliam a perspectiva da assistência em saúde, com diferenciados procedimentos que majoram o atendimento às pessoas acometidas por tais enfermidades.

Em termo práticos, todos(as) os(as) brasileiros(as) têm direito à saúde pública e de qualidade, isso é um princípio constitucional. No entanto, brasileiros(as) com enfermidades que possuem políticas públicas específicas são beneficiários de uma série de ações direcionadas especificamente ao público portador daquela doença.

Por exemplo, existe a política de saúde do HIV. Um portador de HIV possui uma série de ações promovidas pelo Estado, garantida por um conjunto de leis direcionado especificamente a este público. Exame gratuito para detecção do vírus HIV, que pode ser feito por qualquer brasileiro(a), no entanto, testando positivo para o vírus, o(a) portador(a) terá direito à consulta com infectologista, psicólogo(a) e demais médicos especialistas em comorbidades que podem influenciar no desenvolvimento da doença, em âmbito físico e de saúde mental. No atendimento

pelo(a) médico(a) especialista: explicam-se os direitos e deveres do(a) portador(a); incentiva-se o uso de preservativos (no intuito de diminuir o número de portadores a partir de relações sexuais); prescreve-se o coquetel medicamentos que serão oferecidos gratuitamente ao(à) portador(a), na perspectiva de baixar a carga viral, o que, além de melhorar a saúde de quem convive com o vírus, também diminui as possibilidades de contágio a outras pessoas.

Assim também ocorre com a política de saúde HPV, cuja estratégia principal é imunização de meninas com menos de 13 (treze) anos. Sabe-se que o Papiloma vírus é o principal causador de câncer de colo de útero, uma das principais causas de morte entre as mulheres. Sabe-se também que a maior forma de transmissão do HPV é por meio das relações sexuais. Nesse sentido, a estratégia desta PPS (Política Pública de Saúde) é justamente tentar vacinar meninas antes do início de suas vidas sexuais ativas.

Poderíamos pensar, então, que o governo é “maravilhoso” quando adota políticas públicas de saúde, pois pensa somente no bem-estar da população, certo? Errado. Por mais romântico que pareça ser o universo das políticas públicas, infelizmente, as questões financeiras influenciam na tomada de decisão na maioria das vezes muito mais do que a intenção do bem-estar social.

Como assim? É muito mais barato para o governo medicar um portador de HIV para baixar sua carga viral do que tratar infecções e doenças, no sistema público de saúde, advindas desta sorologia positiva. Baixar a carga viral de um(a) soro positivo(a) implica diminuir a possibilidade de contágio a outras pessoas, o que novamente representa economia para o Estado.

Da mesma forma com o HPV, é muito mais barato para o Estado vacinar meninas antes de terem vida sexual ativa, do que tratar, no sistema público de saúde, o câncer de colo de útero, ou antes dele, as feridas de dentro do canal vaginal que precisam de consulta médica, procedimentos de cauterização e medicação.

E assim com todas as doenças que possuem políticas públicas de saúde específicas para a população acometida por tal enfermidade. Na maior parte dos casos, o lobby que ocorre no processo de formação da agenda visando a implementação daquela política de saúde geralmente apresenta dados para a tomada de decisão que apontem maior economia uma vez adotados os procedimentos que envolvem aquela política de saúde do que a permissão do desenvolvimento da doença em si e todas as suas implicações de contágio a outras pessoas, bem como aos custos implicados ao uso do SUS – Sistema Único de Saúde.

Inicialmente foram dados esses exemplos de políticas públicas de saúde que se constituem como um universo mais concreto para visualização dos prós e contras que envolvem uma política pública, bem como para tentar se retirar o viés romantizado que geralmente se observa em definições de política pública que, por vezes, dão a perceber que o Estado, por meio das políticas públicas é um ente muito preocupado em resolver os problemas, sobretudo sociais, que assolam a população por pura bondade estatal. Observemos a seguir mais algumas definições importantes para clarear o que vem a ser uma política pública.

Antes de qualquer discussão que possa envolver em específico o tema deste capítulo, faz-se necessário entender o cenário das políticas públicas hoje vigentes no País. Nessa perspectiva, trataremos do conceito de políticas públicas como forma de elucidar tal cenário (GONÇALVES, 2017, p.23).

Não há uma única, nem melhor, definição acerca do que seja política pública. Mead (1995) a define como sendo um campo dentro do estudo da política a qual analisa o governo à luz de grandes questões públicas, e Lynn (1980) vê política

pública como um conjunto de ações do governo as quais irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue no mesmo caminho: política pública é a soma das atividades dos governos, os quais agem diretamente ou por meio de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Na concepção de Souza (2006), trata-se do conjunto de ações que são desencadeadas pelo Estado, no caso brasileiro, nas escalas que envolvem o governo federal, estadual e municipal, com vistas ao atendimento a determinados setores da sociedade civil. Tais ações podem ser desenvolvidas em parcerias com organizações não governamentais e, como se tem verificado atualmente, com a iniciativa privada.

Observa-se, então, que as políticas públicas são adotadas por governos independentemente de sua orientação político-econômica, seja ela de direita, de esquerda, de centro-esquerda ou de centro-direita. A lógica de Estado garantidor tende a fomentar mais políticas públicas, porém parcerias público-privadas também podem garantir políticas públicas que beneficiem determinado governo, inclusive, economicamente falando.

Moreira Neto (2006, p. 74) leciona que

Traduzam as políticas públicas um conteúdo integrador da *substância* da decisão administrativa processualizada, da qual se espera que advenha a direta satisfação de resultados, posto que são estes vinculantes da ação administrativa. Na essência dessa decisão escolha processualizada, um *quadro normativo de ação*, através do qual se estabelece uma relação de vinculação entre o Estado político e a sociedade.

Trata-se de um fluxo de decisões públicas, que é orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios que são destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas mesmas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias as quais apontam para diversos fins, todos eles, de alguma maneira, desejados pelos diversos grupos que participam do processo de decisão. [...] Com uma perspectiva mais operacional, poder-se-ia afirmar que ela é um sistema de decisões públicas que visa a omissões ou ações, corretivas ou preventivas, que são destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou de vários setores da vida social, mediante a definição de estratégias e objetivos de atuação e da alocação de recursos essenciais para atingir os objetivos estabelecidos (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2014).

A primeira ideia que se tem acerca de 'políticas públicas', ao lado da desgastada e antiga concepção da estanque 'separação dos poderes', é de algo igualmente de conotação mítica, por confundir-se com benesses ou dádivas que foram conferidas e proporcionadas por governantes notoriamente dotados de 'sensibilidade', 'espírito público' e 'habilidades políticas'. Evidentemente que esse tipo de visão não se amolda mais ao paradigma constitucional e de Direito Democrático (GONÇALVES, 2017, p.24).

No plano democrático constitucionalizado, as políticas públicas surgem como exigência do cidadão à efetivação dos direitos com fundamentação constitucional, não como mera 'medida isolada praticada pelo Estado com o desiderato de dar efetividade aos direitos fundamentais ou ao Estado Democrático de Direito' (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2014).

Nessa perspectiva, na contemporaneidade, não é científico dizer que o Estado promove as políticas públicas e, por conseguinte, implementa por meio delas as garantias fundamentais consignadas na Carta Magna. Numa estrutura jurídico-

democrática, o cidadão não é simplesmente destinatário das políticas públicas, mas sim o principal ator de sua criação e implementação (GONÇALVES, 2017, p.25).

Segundo Santos (2006, p.84), política pública é

[...] noção mais ampla que a de um simples plano ou programa, seja econômico ou não, porque envolve um processo de escolhas de meios para realização dos objetivos do governo. Assim, compreende também uma certa margem de opção entre tais objetivos, ou seja, compreende a hierarquização dos mesmos, cuja efetivação deverá dar-se com a participação dos agentes públicos e privados. A adoção de certa política pública representa o processo político de escolha de prioridades para o governo, por meio de programas de ação para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo determinado ou não.

Em seus primórdios, a ciência política considerava as políticas públicas quase que exclusivamente como algo fora do sistema político, o que justificava o fato de a atenção dos investigadores ter se concentrado no início nas demandas e articulações de interesse. Dito de outra maneira, antes que a análise de políticas públicas fosse reconhecida como uma subdivisão, a ênfase dos estudos recaía nos processos de formação das políticas públicas. Assim como ainda recai hoje em larga medida. Isso parece refletir o *status* privilegiado que os processos decisórios sempre desfrutaram junto aos profissionais da área. Em um segundo momento, no entanto, a partir da década de 1950, passou-se à definição das próprias políticas públicas como uma unidade de análise, o que conferiu gradualmente destaque aos aspectos dinâmicos do denominado processo político e seus distintos atores (estatais e não estatais) usualmente envolvidos. Nas últimas duas décadas, no entanto, os estudos acerca da interação entre os atores estatais e privados no processo de produção das políticas públicas vêm sofrendo significativas reformulações (GONÇALVES, 2017, p.25).

Uma grande diversidade de ensaios de natureza teórico-conceitual e de pesquisas empíricas vem demonstrando a falta de capacidade dos modelos tradicionais de interpretação dos mecanismos de intermediação de interesses, como o marxismo, o corporativismo e o pluralismo, por exemplo, em suas inúmeras derivações, para dar conta da complexidade e da diversificação desses processos, muitas vezes marcados por interações não hierárquicas, bem como por um baixo grau de formalização no intercâmbio de informações e de recursos, e ainda pela participação de novos atores, como exemplificam organizações não governamentais de atuação transnacional e redes de especialistas (GONÇALVES, 2017, p.25-26).

Podemos considerar, então, política pública como:

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006 apud REGIS; GONÇALVES; SIQUEIRA, 2018, p.53).

Logo, o Poder Judiciário tem a premissa de garantir a assistência existente no texto constitucional e nas demais normas (o que inclui as políticas públicas), dado que os direitos sociais possuem plena aplicabilidade, e que se uma lei institui um determinado direito, este direito fica incorporado ao sistema jurídico, não podendo mais ser suprimido, como sendo de obrigações estatais, quando o poder executivo se omite na execução de políticas já existentes, assim como o legislativo, na criação e

adoção de novas leis as quais possam atender esta parcela social (BARROSO, 2001, p. 158).

A garantia do acesso aos direitos sociais, que atendem aos cidadãos – como saúde, educação e transporte – são irredutíveis, e estão entre as medidas que podem ser tomadas para garantir uma melhor qualidade de vida para o paciente e que não podem ser descumpridas, ignoradas, retiradas ou diminuídas por qualquer motivo (PIOVESAN, 2000).

A Constituição brasileira, promulgada em 1988, pressupõe a base jurídica para as políticas públicas. Por intermédio do Artigo 1º, Incisos I, II e III, a respeito da dignidade e cidadania da pessoa humana, e do Artigo 3º, Incisos I, II, III e IV, o qual trata sobre a construção de uma sociedade livre, justa e, sobretudo, solidária; promover o desenvolvimento nacional; acabar com a marginalização e pobreza e diminuir as desigualdades tanto sociais como regionais; proporcionar o bem-estar da população sem quaisquer formas de preconceito e discriminação (GONÇALVES; GURGEL, 2018, p.87).

O direito à educação, dentre os Direitos Fundamentais Sociais, foram articulados internamente a partir da reafirmação pelo Estado brasileiro das diferentes legislações internacionais, tendo em vista a impossibilidade de separar a confluência que existe entre os Direitos Constitucional e Internacional, partindo, então, de um modo de pensar dedutivo, o qual permite a constatação dos parâmetros jurídicos internacionais que definem os Direitos Humanos, especialmente o direito analisado (o Direito à Educação) constatado, dentre as legislações internacionais, no parágrafo XII da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem; no artigo 26 da Declaração Universal dos Direitos Humanos; e no Artigo 13 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (GONÇALVES; GURGEL, 2018, p.86).

Esse direito, como um ponto de partida viável no intuito de erradicar as desigualdades no meio social, além de capacitar para trabalho, é tido como uma obrigação do Estado em países que se enquadram no perfil “em desenvolvimento”, atuando de forma positiva tendo como finalidade garantir os Direitos Fundamentais, a qual pode ser realizada de diferentes formas, de acordo com a interpretação, a conceituação e as formas de satisfazê-los (GONÇALVES; GURGEL, 2018, p.86).

Podemos citar como exemplos de políticas públicas de educação o Fies e o Prouni, ambos envolvendo instituições privadas de ensino superior. O primeiro permite o acesso à educação superior por meio de um financiamento estudantil, no qual o(a) aluno(a) pagará apenas parte do valor enquanto cursa a já no exercício de sua função. Já no Prouni, o(a) aluno(a) ganha um desconto no valor da mensalidade, dado pela instituição privada, a qual abate o valor deste desconto do montante que teria de pagar ao governo em impostos.

Ou seja, quer recebendo com juros e correções monetárias o empréstimo dado ao aluno (Fies), quer garantindo o recebimento dos impostos das instituições privadas de ensino superior (Prouni), em todos os casos, o governo sempre ganha, além de conseguir promover a ascensão social da população que puder ter acesso ao ensino superior por meio destas políticas públicas.

A grande dicotomia entre pobres e ricos, no Brasil, isto é, grandes desigualdades e a falta de políticas públicas para inclusão social é o problema a ser combatido, quando se pensa em uma solução eficaz para a insegurança pública que o País atravessa. Também devem ser levadas em conta questões culturais, pois, como se sabe, não são apenas os pobres que cometem crimes, mas para aqueles que têm melhores condições financeiras, a justiça se mostra ineficaz na sua correção, excetuando-se os casos emblemáticos da “operação lava-jato”, tentando levar a

justiça a esses que antes podiam se aproveitar da morosidade processual não serem penalizados, postura que, por razões históricas, o Brasil sempre adotou, infelizmente (GONÇALVES; SIQUEIRA, 2019, p.6).

Ressalte-se que o investimento em políticas públicas de transferência de renda, como o Bolsa Família, por exemplo, também é responsável por injetar na economia os valores destinados aos beneficiários, fomentando o comércio local, bem como incentivando novos investimentos da iniciativa privada em periferias, cujo pagamento do auxílio financeiro terá de ser gasto de alguma forma por aquela determinada população.

A falta de investimentos no combate às desigualdades e na inclusão social é uma das hipóteses para os altos índices de criminalidade. A adoção da política certa, produzida por meio de estudos acadêmicos e estudos comparados também é de primordial importância para o sucesso na questão (GONÇALVES; SIQUEIRA, 2019, p.6).

Considerações Finais

Este artigo se propôs a apresentar algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas, bem como refletir sobre o que o Estado lucra com as políticas públicas. Muitas vezes, observou-se que há um certo romantismo relacionado ao tema das políticas públicas, dando a perceber que o governo é um agente de bondade para com sua população sem nenhum interesse por trás de uma política pública.

O presente trabalho partiu do seguinte problema: “Além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos?” Ou seja, questionou-se o que o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas. Nesse sentido, nosso manuscrito partiu da seguinte hipótese: além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos, ou seja, o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas.

O objetivo geral investigado neste artigo foi analisar se, além do bem-estar social promovido por meio das políticas públicas, o Estado também possui outros ganhos, no que tange a aspectos econômicos. Isto é, checou-se se o Estado lucra economicamente falando com as políticas públicas. Como objetivos específicos, tivemos: tecer algumas considerações sobre o conceito de políticas públicas; avaliar se há viés romantizado sobre políticas públicas que apresente apenas os aspectos positivos de uma política pública; discutir o que o Estado ganha economicamente com a implementação de políticas públicas de diversas naturezas.

Esta pesquisa se justificou, para docentes de ensino superior de humanidades e ciências sociais aplicadas, por possuir relação direta com a educação superior em si, inclusive pelas várias políticas de acesso à educação superior, como Fies e Prouni, por exemplo. Para a ciência, releva destacar que a ciência política, bem como as ciências sociais, e ainda o próprio Serviço Social, atuam em conjunto na reflexão acerca dos resultados alcançados quando da implementação de uma política pública, independentemente da área envolvida nesta ação do Estado. Para a sociedade, o tema é relevante por envolver diretamente a população daquele país que se enquadra nos critérios de composição do público-alvo daquela determinada política pública. A sociedade precisa contar com o apoio do Estado, por meio de políticas públicas, mesmo que isso represente economia ao governo.

Pode-se observar, de forma crítica, que muitas vezes o Estado, embora promova benefícios com a utilização de políticas públicas, lucra economicamente pelo

fato de tratar o problema em sua raiz. Vacinar para evitar o contágio de uma doença é mais barato do que tratar a doença. Financiar os estudos superiores de um cidadão promove a melhora individual de cada pessoa, o que acarreta em aumento de arrecadação de impostos. Prover financiamento de moradia resolve parcialmente o problema da habitação, faz o Estado receber de volta o investimento realizado, melhora a qualidade de vida dos cidadãos, dando-lhes mais saúde e condições de saneamento básico. Transferir renda a indivíduos que vivam em pobreza ou extrema pobreza, além de cumprir a responsabilidade social do Estado, aloca recursos financeiros na economia local de lugares com menos recursos financeiros, atraindo investidores privados e fomentando o comércio local.

Referências

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 5 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BRASIL. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um artigo de revisão de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano II, v. 2, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Sistema Único de Saúde (SUS), Políticas Públicas de Saúde e Estomia Intestinal. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, v. VIII, p. 21-39, 2017.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; COSTA, Rayne da Conceição. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano II, v. 2, p. 119-142, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; GURGEL, Caroline Pereira. A inclusão educacional no Ensino Superior. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano I, v. 1, p. 83-96, 2018.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; OLIVEIRA, César Cavalcante de. Análise da Política Pública Acerca das Unidades De Pronto Atendimento – (UPAs). **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**. Ano VI, Vol.VI, n.16, jan.-jul., 2015.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. A segurança pública no Brasil. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, v. X, p. 04-16, 2019.

LASWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books, 1936/1958.

LYNN, L. E. **Designing Public Policy**: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Califórnia: Goodyear, 1980.

MEAD, L. M. **PublicPolicy**: Vision, Potential, Limits, PolicyCurrents, Fevereiro:1-4, 1995.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de direito administrativo**. Rio de janeiro: Forense, 2006.

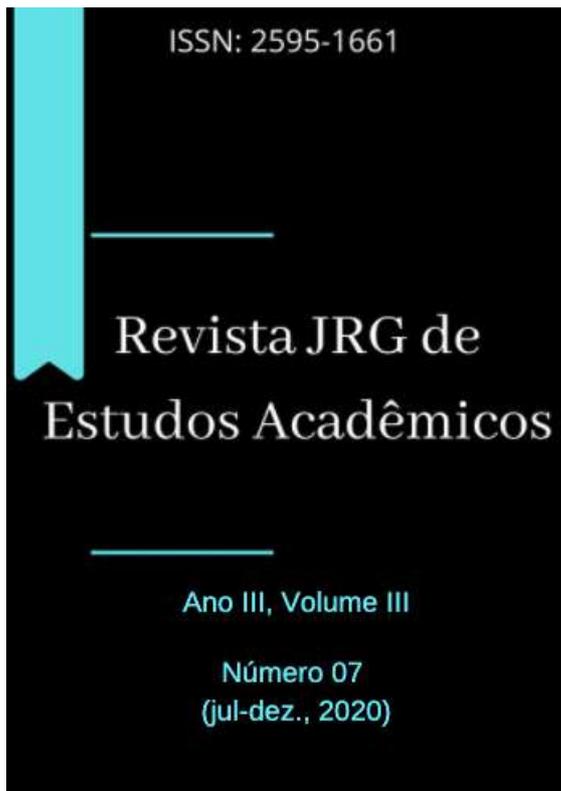
PETERS, B. G. **AmericanPublicPolicy**. Chatham, N.J.: Chatham House, 1986.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 4 ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

REGIS, Arthur Henrique de Pontes; GONÇALVES, Jonas Rodrigo; SIQUEIRA, Marcus Vinicius Barbosa. Da necessidade de políticas públicas brasileiras efetivas para os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano I, v. 1, p. 48-58, 2018.

SANTOS, M.L. dos. Políticas Públicas e Controle. In: SANTOS, M.L. dos. **Interpretação Constitucional no Controle Judicial das Políticas Públicas**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2006.

SOUZA, S. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, no 16, jul/dez, p. 20-45, 2006.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
05/07/2020.

Data de reformulação: **15/07/2020**

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): **18/07/2020**

Data de disponibilização no site (publicação): **22/07/2020**

DOI: [http://doi.org/ 10.5281/zenodo.3963395](http://doi.org/10.5281/zenodo.3963395)

Publicado: **2020-07-27**

**FELICIDADE NO TRABALHO -
ENTREVISTA COM PARTICIPANTE: MAX**

*HAPPINESS AT WORK -
INTERVIEW WITH PARTICIPANT: MAX*

*André Felipe Rosa¹
Cláudia Cristina Fukuda²*

RESUMO

Este trabalho científico aborda o tema acerca da felicidade no ambiente organizacional, na perspectiva da psicologia positiva. Para realização da pesquisa foi realizada entrevista qualitativa junto a um funcionário de uma Confederação, no qual foram exploradas as estruturas que induzem a felicidade no meio corporativo. Para preservar a identidade do colaborador, foi denominado um nome fictício chamado de Max.

Palavras-chave: Psicologia Positiva. Felicidade no Trabalho. Resiliência. Ambiente Corporativo. Produtividade.

¹ Cientista político graduado pela Universidade de Brasília, especialista em relações institucionais pelo Ibmec/DF e mestrando em psicologia pela Universidade Católica de Brasília

² Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (2003), tem graduação em Psicologia (1992), especialização em Psicometria (1995), mestrado em Psicologia Social e do Trabalho (1997). É professora do Programa Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. Linha de Pesquisa Desenvolvimento Humano. Temas de maior interesse são psicometria, avaliação psicológica, desenvolvimento humano e inclusão escolar.

ABSTRACT

This scientific work approaches the theme about happiness in the organizational environment, from the perspective of positive psychology. To conduct the research, a qualitative interview was conducted with an employee of a Confederation, in which the structures that induce happiness in the corporate environment were explored. To preserve the identity of employee, a fictitious name called Maxí was attributed.

Keywords: *Positive Psychology. Happiness at Work. Resilience. Corporate Environment. Productivity*

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende pesquisar a felicidade no ambiente de trabalho. Para tal, foi realizada entrevista qualitativa, gravada, com o objetivo de coletar insumos que pudessem explicar, através da relação entre a pesquisa e a literatura da Psicologia Positiva, como é possível ser feliz no campo profissional.

Perguntas como, o que é ser feliz no trabalho? O que você faz para ser mais feliz? Você já se sentiu feliz neste trabalho? Foram uma das perguntas feitas de modo a extrair o melhor insumo de coleta. Após a coleta, foi utilizado estudos da Psicologia Positiva como referencial teórico, tal como Passareli e Silva (2007), Paludo e Koller (2007), Paschoal e Tamayo (2008), dentre outros autores que proporcionaram uma ligação entre uma realidade pesquisada e o arcabouço teórico, advindo em muito da academia internacional.

Paschoal, Torres e Porto (2010) apontam que os estudos da Psicologia Positiva no que refere-se a felicidade no trabalho ainda são escassas, o que faz ser ainda mais relevante o núcleo acadêmico da Psicologia se debruçar cada vez mais, tendo em vista os benefícios que podem ser gerados com essas práticas, tanto para a saúde profissional do sujeito, como para os resultados da produção empresarial.

Constitui o objetivo geral deste trabalho identificar como um funcionário de uma empresa concebe a ideia de felicidade no meio profissional e como ele busca essa felicidade, analisando também quais os meios que são relevantes para se considerar feliz no trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Passareli e Silva (2007) consideram muito comumente relacionar a felicidade a frequência e o nível de intensidade das emoções positivas; portanto, seriam mais felizes os trabalhadores que mostram se com maior intensidade de felicidades no maior tempo possível.

Já a felicidade no trabalho é um tema ainda pouco explorado no campo da Psicologia Positiva; entretanto, alguns estudos têm relacionado à felicidade no trabalho como comprometimento, bem-estar e satisfação. (Ribeiro & Silva, 2018)

De acordo com Marujo, Neto, Caetano e Ribeiro (2007) a Psicologia Positiva surge como um campo científico de investigação própria, que faz o sentido inverso, ou seja, a Psicologia Positiva busca meios para prover a qualidade de vida no trabalho, tanto no quesito grupal, individual e, não menos importante, subjetivo.

Por falar em bom funcionamento grupal ou de grupos, a literatura sugere que as empresas que incentivam mudanças positivas nos trabalhadores, tais como questões cívicas, ou seja, um bom cidadão responsável, altruísta, compõem o quadro da Psicologia Positiva do bom funcionamento dos grupos em uma Organização (Paludo & Koller, 2007).

Acrescentando, o objetivo da psicologia positiva seria o de não focar apenas no sofrimento no âmbito organizacional, mas redirecionar os olhares para as questões positivas do funcionário enquanto colaborador de uma organização. A psicologia positiva, portanto, mais especificamente no que se refere a felicidade no ambiente de trabalho, busca evidências com relação a caracterização dos funcionários, tais quais as virtudes, sem deixar de mencionar, portanto, os programas ou políticas públicas implementadas com o objetivo de melhorar o contexto dos trabalhadores, podendo maximizar o grau de felicidade nestes ambientes, minimizando o grau de incidência de psicopatologias. A Psicologia Positiva instrumentaliza o seu campo de pesquisa em três níveis, sendo eles a análise subjetiva, onde é pesquisado com mais afinco a felicidade e demais variáveis que podem estar relacionadas, tal como o próprio bem-estar do colaborador. Na segunda categoria analítica estaria a questão individual, ou seja, o mais próximo possível das características únicas do sujeito, tal como amor, liberdade, capacidade de perdoar, sabedoria, dentre outros. É contemplado no arcabouço teórico da Psicologia Positiva existem duas linhas clássicas, sendo elas a eudaimônica que está atrelada ao bem-estar no campo psicológico do sujeito, tal como as realizações enquanto profissional, das metas atingidas, muito entrelaçadas com engajamento e interesse no trabalho. A linha hedônica é mais relacionada a questão subjetiva do sujeito enquanto trabalhador. Nesse sentido os sentimentos afetivos que são construídos ao longo do tempo podem, dentre outros aspectos, gerar bem-estar e satisfação. A felicidade nesse sentido é incentivada ou mesmo fomentada no sentido de gerar prazer a atividade econômica dos sujeitos. Tendo em vista o bem-estar como algo discutido nos parágrafos anteriores, o próximo tópico será compreender como esse bem-estar se articula nas questões subjetivas do sujeito (Ribeiro & Silva, 2018).

Paschoal *et al.* (2010) acrescentam que o viés *eudemonista* relacionado ao bem-estar dos colaboradores a partir das suas realizações de foro pessoal e da expressão dos talentos do indivíduos, ou seja, o potencial do colaborador que ele é capaz de expressar no âmbito do ambiente de trabalho. Para tanto, os teóricos definem que a forma de funcionamento do colaborador estaria construído a partir de seis dimensões, sendo elas a autoaceitação, relacionamento positivo com os outros integrantes do grupo, autonomia, controle do ambiente de trabalho, propósito de vida e crescimento pessoal.

Siqueira e Padovam (2008) abordam o bem-estar subjetivo como um campo de estudo avaliativo que busca, dentre outros, analisar como as pessoas avaliam a sua própria existência, sendo duas variáveis abordadas nessa linha, tal como a felicidade e a satisfação através da avaliação cognitiva. Nesse campo, outras perspectivas são também abordadas, tais como a vida afetiva dos indivíduos, bem como os relacionamentos amorosos, como casamento, união estável e a relação com o trabalho. Os salientam que uma das etapas para ter acesso ao bemestar subjetivo é iniciando pelo entendimento que cada ser se auto avaliando a partir da aplicação das suas concepções subjetivas, apoiando suas premissas tais como as suas experiências, emoções e os valores pessoais. As concepções subjetivas, seriam, portanto, acopladas entre o aspecto de pensamento e sentimentos acerca da própria existência. O bemestar subjetivo, enquanto objeto científico busca compreender dois aspectos, sendo eles as formas avaliativas de julgamento da própria satisfação com a própria existência e a relação com os quesitos emocionais, podendo ser eles de cunho negativo ou positivo. Ou seja, afetividade e sentimentos bem como aspectos cognitivos são fundamentais para compreender o bem-estar subjetivo.

Paschoal *et al.* (2010) enfatizam que felicidade no trabalho ou mesmo a concepção de bem-estar têm referência, sobretudo, com os elementos positivos na

rotina e experiência dos colaboradores de uma empresa, acoplando aos elementos uma conotação positiva.

A partir das definições teóricas apontadas, parte-se para a segunda etapa deste trabalho, que é a pesquisa com um funcionário de uma grande confederação instalada em Brasília-DF, na qual apontará no seu pensamento mais íntimo do que é felicidade no contexto organizacional a partir das suas vivências e experiências adquiridas ao longo de sua carreira.

3 OBJETIVOS

Constitui o objetivo geral deste trabalho identificar como um funcionário de uma empresa concebe a ideia de felicidade no meio profissional e como ele busca essa felicidade, analisando também quais os meios que são relevantes para se considerar feliz no trabalho e como o meio organizacional se articula em termos de gestão para gerar felicidade no meio corporativo.

4 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, no qual foi entrevistado um funcionário da Confederação Nacional de Municípios (CNM). Na ocasião foi realizada uma entrevista gravada onde foi perguntado elementos como felicidade no trabalho, o que é felicidade no seu foro mais íntimo aplicado a um contexto de carreira e explorada as suas vivências na qual pôde contribuir para a realização da pesquisa.

A pesquisa buscou identificar o que é felicidade no trabalho para este funcionário e quais os meios que ele busca para alcançar. Em um primeiro momento, algumas perguntas fechadas com o intuito de verificar o perfil relacionado a idade, escolaridade e tempo de empresa.

Em um segundo momento, perguntas abertas foram feitas com o objetivo de desbravar de forma qualitativa e mais abrangente o conceito de felicidade e a aplicação na sua vida profissional – sobretudo valendo das experiências adquiridas, explorando os potenciais e talento que são aplicados em sua rotina.

No terceiro momento foi feita a transcrição da entrevista e redigida uma conceituação do sujeito pesquisado. Por fim, e não menos importante, foi feita a interação com os insumos coletados na pesquisa em discussão com a teoria sobre Psicologia Positiva, mais relacionada a questão da felicidade.

O sujeito pesquisado, na qual vou chamar de Max, tem 29 anos de idade, natural de Anápolis-GO, porém reside atualmente em Brasília, onde formou a sua família. De religião Católica, Max passa a maior parte do seu tempo dedicado ao trabalho e, tendo em vista o pouco tempo que tem fora deste ambiente organizacional, procura passar a maior parte do tempo aos finais de semana com a família. Max busca tempos de lazer aos sábados e domingos, ao mesmo tempo em que procura se atualizar sobre os acontecimentos do país através das redes sociais.

Max atua na empresa há exatos um ano e sete meses. O colaborador possui Ensino Médio completo, e atua no departamento chamado de Operacional, na qual as suas atribuições são de cunho mais prático, ou seja, um trabalho por certo pesado, na qual precisa carregar caixas, resmas, materiais de escritório para prover todos os demais departamentos da empresa. Max também atua muito em eventos da empresa, na qual precisa interligar materiais elétricos, carregar *banners*, testar microfones; ou seja, não é um trabalho tão focado no campo intelectual, mas sim de cunho prático, na qual precisa da sua força física para gerar o seu sustento.

No campo afetivo, possui família, a sua esposa encontra-se em um estado de gravidez. De origem humilde, gosta muito do que faz e o trabalho é fundamental para

o sustento da família. Apesar do trabalho árduo, Max se sente feliz no seu trabalho, sendo motivo de orgulho para a sua família estar à frente de vários eventos e ajudando a empresa a ter um bom funcionamento.

5 DISCUSSÃO

Passareli e Silva (2007) afirmam que a Psicologia Positiva traz uma nova perspectiva para os estudos acadêmicos da Psicologia. Relacionadas às emoções de cunho positivo, ela se alastra em um ritmo cada vez maior em países estrangeiros, tendo grande alcance em relação a pesquisas relacionados ao bem-estar subjetivo.

Paschoal *et al.* (2010) apontam o sistema de troca social, na qual os trabalhadores constroem uma relação de reciprocidade, ou seja, ajudando aqueles que também de uma forma ou de outra contribuem para a melhoria do seu trabalho. Essa conceituação enfatizada remete a um momento na pesquisa na qual o sujeito aponta esse sistema de reciprocidade na seguinte afirmação “Ser feliz no trabalho, além do financeiro, lógico que ajuda também, é ter um bom convívio com os colegas de trabalho, você desempenhar uma tarefa que foi delegado a fazer tendo outras pessoas sendo beneficiadas através dela e recebendo também em troca essa ajuda”.

Seguindo essa mesma linha, mas agora não em uma perspectiva de funcionário para funcionário, mas especificamente na relação funcionário e empresa, onde a Organização, ao exigir desempenho satisfatório e comprometimento com as atividades realizadas, em que muito tem a ver com as forças e virtudes do trabalhador, tem o dever legal de prover seus funcionários financeiramente e moralmente (Paschoal *et al.*, 2010).

Max durante a entrevista destaca que na CNM, sua Organização atual, conclui que a empresa proporciona condições necessárias para o desempenho de suas atividades. “O meu trabalho proporciona condições necessárias para estar desempenhando as minhas tarefas através das minhas competências que julgo essenciais”.

Paludo e Koller (2007) destaca que o conhecimento das forças e virtudes podem gerar florescimento no trabalho. Nesse sentido, ao gerar florescimento no ambiente Corporativo, uma série de benefícios podem vir acopladas, tal como o desenvolvimento saudável e pleno, conferindo *outputs* psicológicos nos seres humanos. Tais benefícios para o trabalhador geram o que os psicólogos chamam de florescimento, sendo esta parte importante da vida do trabalhador enquanto funcionário, o que pode gerar, dentre outros fatores, um sentimento de emoção positiva pela sua existência, destacando o campo emocional positivo, mitigando doenças relacionadas a falta de saúde mental do sujeito, ou seja, o florescimento pode acarretar em um modo de vida intenso e não viver simplesmente por existir.

Por outro lado, Paschoal *et al.* (2010) salienta a percepção por parte do funcionário, sendo esta decorrente de um processo de personificação da empresa, ou seja, a maneira pelas quais os empregados enxergam as atitudes dos agentes organizacionais como sendo as atitudes da própria Organização Empresarial.

Paschoal e Tamayo (2008) incrementa que com o ambiente organizacional altamente competitivo, uma das questões essenciais é estabelecer condições de trabalho para que o colaborador mostre e atue com desempenho satisfatório. Nesse sentido, o sujeito pesquisado aponta na entrevista a seguinte afirmação. “O meu trabalho proporciona condições necessárias para estar desempenhando as minhas tarefas através das minhas competências que julgo essenciais”. Para que seja possível alcançar esse nível de felicidade no ambiente de trabalho, é preciso que os

profissionais responsáveis pela gestão empresarial e, sobretudo, dos Recursos Humanos promovam ações voltadas ao bem-estar.

Prosseguindo a pesquisa, em um dado momento Max destaca os pontos positivos da política de Recursos Humanos da Empresa, que além de prover o salário impreterivelmente em dia, fornece condições de trabalho em um nível em que o trabalhador pode fornecer o melhor serviço para a Organização e maior comodidade ao funcionário. **“...O salário depositado em dia, nunca atrasou, sempre prestativa no lado financeiro, comodidade para executar outras tarefas fora da Entidade, como ter um carro para estar se deslocando.**

Sempre tem reuniões onde possa estar conversando sobre tudo, e isso é fundamental.”

Ligando o pensamento de Max, sujeito pesquisado com as afirmações de Paschoal *et al* (2010), remete que, segundo esses estudiosos, o suporte a nível material constitui a percepção do colaborador sobre a disponibilidade, recursos materiais e a nível financeiro para que o trabalho se desenvolva de maneira eficaz, dinamizando processos de atuação, bem como a capacitação profissional.

Por fim, Paschoal *et al* (2010) afirma que existe a dimensão chamada de ascensão e salários, no qual refere-se a percepção do profissional quanto às práticas organizacionais de cunho financeiro. Por fim, finalizamos a pesquisa com a pergunta sobre como

Perguntado sobre como ser mais feliz no trabalho, Max aponta como fundamental o companheirismo dos colegas. **“...O companheirismo dos colegas de trabalho é fundamental para estar desempenhando essa conduta boa dentro da empresa. Eu tento ao máximo possível manter o profissionalismo do que foi empregado a mim.”** A essa afirmação Paschoal *et al* (2010) faz o link com relação ao companheirismo no trabalho, no sentido de minimizar o afeto negativo na empresa, e, para tal, é preciso estabelecer uma relação com os colegas de trabalho de forma a se preocupar com o outro, tendo como relevante a contribuição dos chefes frente aos desafios e problemas que surgem podem aumentar o afeto positivo do trabalhador, contribuindo para melhores experiências pessoais e de realização, mitigando os impactos negativos que ocorrem na rotina diária.

6 CONCLUSÃO

Após realizar uma entrevista com um funcionário da Confederação Nacional de Municípios, concluo que a felicidade no trabalho, no âmbito da pesquisa realizada, que as condições para desenvolvimento do trabalho, tais como materiais, flexibilidade, salários pagos em dia e apoio mútuo entre colegas, sem deixar de mencionar a colaboração dos chefes da organização, favorecem o bem-estar dos colaboradores, gerando felicidade.

Bem-estar e felicidade, conforme mencionado no texto são percebidos pelo trabalhador pesquisado, indo muito além das condições de trabalho, mas de como a empresa se coloca à disposição dos trabalhadores para fornecer o melhor ambiente, mesmo que desafiador consegue mitigar processos mentais que desmotivam os funcionários.

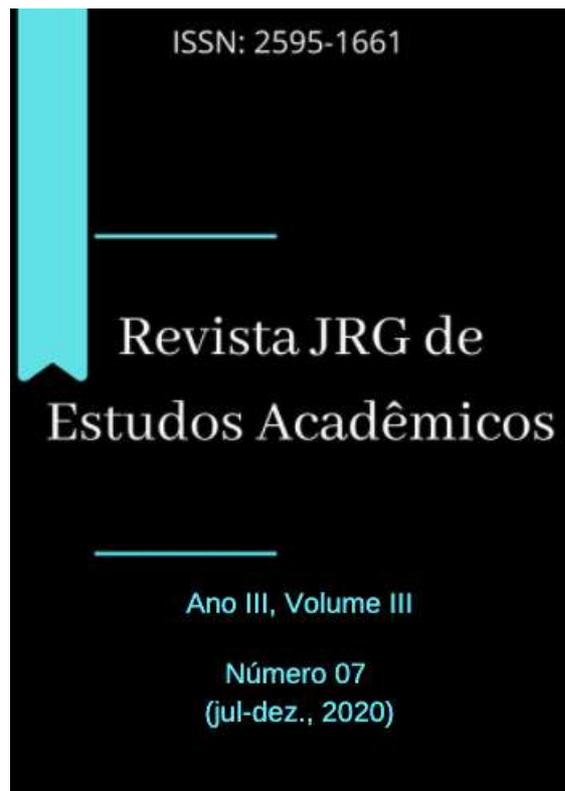
Pelo material coletado, motivação e engajamento muito se aproximam da vontade de mostrar um bom trabalho, com profissionalismo e ajuda mútua entre os colegas. O profissionalismo é possível uma vez que a os gestores da Entidade provêm ambiente organizacional adequado, condições de trabalho favoráveis, tais como a disponibilização de transporte, no caso a disponibilização de carro, as reuniões de

alinhamento que são frequentes, despertam no profissional a vontade de ser cada vez mais profissional.

Apesar do impacto das atividades profissionais na exaustão mental e corporal, o profissional pesquisado busca estar junto a família aos finais de semana e aproveitando para se informar pelas redes sociais. O sujeito leva uma vida aparentemente tranquila e assim pode desempenhar um papel adequado frente a Confederação Nacional de Municípios – CNM.

7 REFERÊNCIAS

- Marujo, H. Á., Miguel, L., N., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115–136.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9–20.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11–22.
- Paschoal, T., Torres, C. V., & Porto, J. B. (2010). Felicidade no trabalho: relações com suporte organizacional e suporte social. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(6), 1054–1072.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513–517.
- Ribeiro, D. S. A., & Silva, N. (2018). Significados de Felicidade orientados pela Psicologia Positiva em Organizações e no Trabalho. *Psicología Desde El Caribe*, 35(1), 60–80.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201–209.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
09/07/2020.

Data de reformulação: **17/07/2020**

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): **30/07/2020**

Data de disponibilização no site
(publicação): **01/08/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3969587>

Publicado: **2020-08-01**

**POST-MODERN HEALTH ECONOMY
DEMAND PARADOX IN ECONOMIC MODELS, EVIDENCE AFTER COVID-19**

*ECONOMIA PÓS MODERNA DA SAÚDE
REFLEXÃO SOBRE O PARADOXO DOS DETERMINANTES DA DEMANDA,
AVALIANDO AS EVIDÊNCIAS TRAZIDAS DA COVID-19*

Alessandro Aveni¹

Abstract

The paper seeks determinants of health demand using the economic analysis in order to clarify what could change after the market failures due to the Covid-19 pandemic during 2020. The economic models stated that the increase in public spending on health and in universal health systems had positive impacts on the economy of health and in general on collective health. This is a paradox because the opposite have been occurred in all economy and all over the world. Exploring the determinants of demand with bibliographic evidences from economic theories, the paper point out elements of reflection on what should be considered the demand for health for the public and private health. The results of the paper explain such paradox and underline the real demand determinants that must be assessed. The paper allows us to think how to overcome the past centuries health paradigm centered on offering medical assistance to the population through controlled markets, public health systems and the “health demand” assessment considering

¹ Pós doutor pela UnB. Doutor em Ciências Políticas Universidade Statale de Milano, em Administração pela Universidade Commerciale Luigi Bocconi di Milano. Mestre em Geografia e Graduação em Administração pela UnB. Docente na Universidade de Brasília. CV:<http://lattes.cnpq.br/0679425851663633>. E-mail: alessandro@unb.br

health as a capital good. The final remarks of the paper could be used as a bridge to a postmodern health evaluation centered on the human being and not as an asset.

Keywords: Health economics, Covid-19, Health demand, Economic health models

Resumo

O trabalho resume a análise econômica e nas determinantes da demanda de saúde para esclarecer o que poderia mudar depois as falhas mostradas a frente da pandemia em 2020. Entre os modelos econômicos e a atual situação não está claro porque o aumento de gastos públicos em saúde e no uso dos sistemas de saúde universais houve impactos negativos sobre economia e em geral sobre a saúde coletiva. Isso porque os gastos em saúde determinam um aumento do PIB nacional. Explorando as determinantes da demanda se percebe que há fortes elementos de reflexão sobre o que deve ser considerada a demanda de saúde para o público e o privado. Os resultados da reflexão são apontar aos determinantes reais e que devem ser reavaliados, sobre o que é uma verdadeira demanda de saúde. O artigo aponta as respostas que permitem superar o paradigma da saúde dos séculos passados que até agora está centrado em ofertar assistência médica para população por meio de mercados controlados, sistemas de saúde públicos definidos pelas elites nacionais e tornar, a demanda da “saúde”, uma análise pós-moderna centrada no ser humano e não somente na economia e nas políticas públicas atuais.

Palavras chave: Economia da saúde, Covid-19, Demanda de saúde, Modelos econômicos de saúde

According to the current neoclassical economy the increase in expenditures for health goods and services, should have a positive impact on the economy and national GDPs, as they increase the sum of goods and services produced every year and consumed by the public, and increases human capital due to better quality and improved people health. A decline in expenditure for health will be positive correlated to higher education and increase of wages. Thus According to OECD data, it can be seen that there is a large international difference in health spending that can generate different impacts. There is a huge difference between the United States that has a private health care system that spends almost 17% of GDP on health and other nations that have a universal system and spend an average of 10% of GDP (OECD 2020).

We point at the paradox here because a negative impact on the economy is reported and estimated as negative average of 5% in June 2020 despite increase on health markets expenditures (IMF 2020). It is not clear why the increase in public spending in the USA had one of the worst scores in terms of deaths and has a decrease of health like Brazil that spends less per capita. It is also not clear why the impacts were negative in the whole and overall economies.

It can be answered that there were increases in health markets but failures in the risk management and lockdown decisions of most of the world governments (AVENI 2020a, 2020b) these policies transformed an opportunity of growth into a threat to the economy. In fact the increase in health economy because of the outbreak of covid-19 was followed by a decrease in salaries. So the wages are used to spend more for health. But in reality the cause of decrease in salary and less expenses for other goods than health was determined by government restriction and

not a split into types of personal expenditures. However, looking for more detail, there is a more complex chain of causes / effects that can be outlined to understand health economy market impact in the overall spending as: failures in the health economics market, corruption in the public system, failure in companies' decision processes in relation to security protocols, in unpreparedness in the education of families in relation to ethics, responsibility (AVENI 2020a).

There is an intriguing question that link the demand to the intrinsic nature of the good, the "health", which presents itself, in the economist academics as human capital, a public and substitute good. Health, in addition to be a good, it is also a right and an experience, that is, more than a variable in economic models. The demand for health cannot be reduced to the production or the offer of assistance for illness (which is the offer of only part of the demand), but into we must consider the demand to remain healthy, or continue to be healthy.

The goal of the paper is to understand and explore health economics models in search of the determinants of demand based on the observed problems of the pandemic outbreak and an unforeseen growth in health demand, trying to clarify the paradox. The study is justified, as there is little analytical analysis related to the economic demand models used and evidences in front of pandemics. To achieve the goal, the article is divided into a reference section of the demand and the health market and the discussion of determinant of health demand. The analysis follows a bibliographic based method using current economic health models. A conclusion completes the research. Thus, the article presents itself methodologically as an essay on the economic determinants of health demand related to the Covid-19 pandemic.

ENOMICS OF HEALTH DEFINTIONS

Until the 18th century health care doctors and hospitals have been part of the third sector and religious entities. Finally, using medical protocols, new vaccination techniques and the growth of a pharmacological industry, we had tools available to improve health, especially chronic and endemic diseases. Following science progress, following rational and positivist ideas, and after having secularized parts of the church's assets with republican revolutions, the Republican State took responsibility for the health of its citizens in the 19th century. After the experience of the democratic and republican revolutions the republican governments extended the idea of public health as the responsibility as a natural right to be write into the republican constitutions of most of democratic government of the world.

Thus, the idea of universal health, which is doesn't mean free assistance and free services to all citizens, came only from the 19th century on. Must be underline that in Europe, the pressure of socialist parties and workers who had already fought for collective health systems in the workplace, urged national legislation of the 20th century and forced health private systems to be protected by the government. Health at work is still today a relevant part of national spending and fundamental to preserve the population of workers.

Health systems, health economics and markets

In order to understand health economics and its economic impacts in the current democratic and republican context, it is necessary present health in economic theory. In this first section, it is necessary to face two parts of health economics: first definition of health economics and economic models such supply and demand and provide data on health statistics and health market; second how to

answer to questions like what demand determinants are included in the models? Is the human life cycle and health problems assessed and the risks and causes of death assessed? What is the definition in the "Good / Health service" models for individuals and communities? How to assess pain, minimum values, value delivered to the client, that is, what service is delivered to the client of a health system ?

To define the health economy can be done starting clarify the health systems present in each nation, as they are the ones that are best known to the public. What is a modern "Health System"? The World Health Report 2000 (WHO 2000) defines a health system as:

"All activities whose main objective is to promote, restore or maintain health." So it is not a universal right to health (and so much less free health for all) that is proper to the human being because a system is the definition of the care processes from the conception of the human being. (WHO 2000)

Thus, in each nation, the objectives of a health system in general should: 1). Improve health, 2) Increase the capacity to respond to the legitimate demands of the population, 3). Ensure that financial burdens are distributed fairly. In the first two measures, it should improve the level and reduce inequalities. The latter objective is linked to social and collective determinants of health. It is noteworthy that the objectives implicitly include preventive actions such as health education, healthy eating, psychological counseling, which, unfortunately, have the lowest expense in the package of services available to the community. In other words, the systems are more oriented to care (to restore and maintain) than to prevention (to promote).

Regarding the demand itself, we can mention the important facts that have the greatest economic impacts for future trends, namely:

- People are living longer, this increases the risk of having sick and elderly citizens, increasing the number of citizens and years of life. It is the same problem that exists with retirement payments. (EU 2020, WHO, 2003, 2019a, 2019b)
- Health spending is an increasing share of the economy. This is due to the increase in population, new services and the cost of producing goods and services. (EU 2020,WHO, 2003, 2019a, 2019b)
- There is a difference in spending depending on the health systems defined in different nations. Health spending is especially high in the United States, which has a nominally private system. There is thus a difficulty in making comparisons. A notable difference concerns pharmaceutical product prices. I.e. Canadians spend about 30% less on drugs than Americans and in most Europeans spend even less. The explanation may be because a centralized health care system, administered by the government, maintains strict controls over the prices of drugs and patents. However, on the other hand, these rules may reduce the incentives for pharmaceutical companies to participate in research on new drugs. (EU 2020, OECD 2020, WHO, 2003, 2019a,2019b)
- Direct out-of-pocket expenditures are a declining share of expenditures in healthcare systems that tend to offer more and more services. (EU 2020, WHO, 2003, 2019a, 2019b)

So what the health economy studies? Health economists study the functioning of healthcare systems and health-affecting behaviors (BRANDON 2020). The health economy as discipline is credited to Kenneth Arrow (1963) that fixed conceptual distinctions between health and other goods. Economy of health study of the management and dynamics of scarce resources destined to health and this system, through markets, which are the places where demand and supply are found. Health economics could be distinguished from other areas for extensive government intervention, uncertainty in several dimensions, asymmetric information, barriers to entry, externality and the presence of a third-party agent. In healthcare, the third-party agent is an health insurer, who is financially responsible for the healthcare goods and services consumed. In some system this agent is exclusively the government. The collective health economy today is regulated and financed by the State and defined as a public good. It is up to the executive to offer services and goods to the community and citizens with their families, defining national public policies and which are developed in programs and projects.

So health markets are different from other markets. This is because health is not only a good, but also a human right and condition. Medical assistance certainly implies a human right. When a person becomes ill, it seems wrong that a low income would be a reason to deny treatment. Health is an asset as well as food and serves to survive, however, in terms of economic analysis, there is a difference between food and health. Over time, food prices rose more slowly from incomes, so food took on a declining share of the typical family budget. On the other hand, health care and the costs of goods and services in the health market have increased more than income, demanding an increasing share of the typical family budget.

Thus we come to the relationship with income, that is, with own and collective resources necessary for the health market to exist. It should be noted that in many countries, such as Canada and European countries, the government administers a health system that offers collective goods and services, financed mainly by taxes and regulating markets. The system is sometimes called a single payer because there is an entity, the government that pays all bills. The systems do not prevent out-of-pocket payments or out-of-pocket and voluntary payments for health goods and services (EU 2020).

There are nations like the United States where most people have private health insurance, mainly through their employers, and the government pays part of collective services, for example with Medicare, which offers health insurance for people aged 65 and over; Medicaid, which provides health insurance for the poor; the Veterans Health Administration offers medical assistance to former members of the armed forces; and other programs. Unfortunately in many countries, especially the poorest, there is neither an adequate private nor a public service. In such healthcare markets there are consumers (patients) and producers (doctors, nurses, etc.), but also other agents whose actions complicate the analysis of their interactions. In particular (EU 2020) :

1. Third parties - insurers, governments and involuntary spectators - generally have interest in health outcomes.
2. Patients generally do not know what they need and cannot evaluate treatment they are receiving.
3. Health professionals are usually paid not by patients, but by private individuals or government with collective health plans.

4. Governments, whose established rules, rather than market prices, determine the allocation of supply resources, determining the structure of production costs.

Rules in the markets reduce the use of medical services based on agents estimated costs and benefits. For example, a patient may be able to have a routine check-up at most once a year, may have access to only a limited number of doctors, or may need a referral from a general practitioner before making an appointment with a specialist. Summing up in the health economy, markets are not always activated directly from demand because there are externalities and failures and processes that require agents and market rules.

Quantitative models

All the elements of demand cited led to an attempt to analyze health economics with quantitative models. For economists, health is part of the human capital Mushkin (1962), Fuchs (1966), Wagstaff (1986, 1993). The most well-known model of health economics has its origins in Grossmann's work published in 1972 and its review in 1999 (GROSSMANN 1972, 1999). In this, health is considered as a component of exogenous human capital, that is, derived from causes external to the model.

According to human capital theory, increases in a person's stock of knowledge or human capital raise his productivity in the market sector of the economy, where he produces money earnings, and in the nonmarket or household sector, where he produces commodities that enter his utility function (GROSSMANN 1999 pg. 4)

With this approach, the main difference between health capital and other human capital such as education capital is that health increases income through the addition of working days (increased life or increased use of human capital), while education does improving productivity (this implies better work and income) (GROSSMANN 1999).

The approach on demand of this quantitative model states that Health is a choice variable because is demanded by consumers for two reasons: 1) as a consumption commodity the model uses sick days as a source of disutility, 2) as an investment it determines the total amount of time available, or an increase in the stock of health reduces the amount of time lost from other activities. Due to this assumption the monetary value of the reduction of health is an index of the return to an investment in health.

In the health economy, the health care service is one of the main inputs because it impacts the price. Considering the market if its price increases, the cost of healthcare will inevitably increase and this will decrease the demand for healthcare. This is because there will be less income to pay for health care, unless other goods can be reduced in the basket of products required by the consumer.

We use the analytic presentation of model as in Grossmann (1999 p. 8) model. Here the basic utility function (demand) is

$$U = U(\square_t H_t, Z_t), t = 0, 1, \dots, n, \quad (1)$$

where H_t is the stock of health at age t or in time period t , \square_t is the service flow per unit stock, $h_t = \square_t H_t$ is total consumption of "health services," and Z_t is consumption of another commodity. The rates of depreciation of the stock are exogenous but depend on age.

The goods budget constraint equates the present value of outlays on goods to the present value of earnings income over the life cycle plus initial assets and the time constraint requires that \square , the total amount of time available in any period, must be exhausted by all possible uses:

$$TW_t + TH_t + T_t + TL_t = \square, \quad (2)$$

where TL_t is time lost from market and nonmarket activities due to illness and injury TW_t is hours of work TH_t and T_t are time inputs. Part of this wealth is spent on market goods, part of it is spent on nonmarket production, and part of it is lost due to illness. Optimality conditions for gross investment in period $t-1$ are

$$G_t \left[\frac{W_t}{(1+r)^t} + \frac{U_{h_t}}{\lambda} \right], \quad (3)$$

where G_t is the marginal product of health capital--the increase in the amount of healthy time

caused by a one-unit increase in the stock of health \square W_t is the hourly wage rate, r is the market rate of interest. U_{h_t}/\square measures the discounted monetary value of the increase in utility due to a one-unit increase in healthy time. If the supply price of capital is

$$\pi_{t-1}(r - \tilde{\pi}_{t-1} + \delta_t), \quad (4)$$

where $\square \square_{t-1}$, the marginal cost of gross investment in health in period $t-1$ is equal

where $\tilde{\pi}_{t-1}$ is the percentage rate of change in marginal cost between period $t-1$ and period t . Then the optimal stock of health in period t (if gross investment in period t is positive) is,

$$\square \square \quad G_t \left[W_t + \left(\frac{U_{h_t}}{\lambda} \right) (1+r)^t \right] = \pi_{t-1}(r - \tilde{\pi}_{t-1} + \delta_t), \quad \square \square \square$$

Equation (5) fully determines the optimal quantity at time t of a capital good that can be bought and sold in a perfect market. This means that gross investment cannot be nonnegative (GROSSMANN 1999)

These conditions can be different in relation to the wage rate (which defines income) and the services offered in the public systems that are reflected in the value of time (the unit of time of the functions in the model). If the wage rate increases, earnings for working days (health) will also increase. But in the market, a general increase in wage rates can affect health production and increase health production time, an increase in wage rate makes health production more expensive. Thus, the effect of the wage rate on health demand is twofold or ambiguous. It should be pointed out that it is believed that the first effect dominates the last and that the wage rate must have a positive effect

Thus the restriction rule of the function in the model of time (and age) has dual implications. If the consumer works harder, he will have less time to improve his health, so that his health will decrease, even increasing his salary and his general income, besides having stress effects that can worsen his health. The wage rate and the price of health services reflect the shadow price (that is, the price that could be charged in a completely competitive market) for health.

Do to discussions after the first edition of the model (GROSSMANN 1972, 1999) about the way the model deal with length of life as endogenous, the author define also that an individual is alive in period n and dead in period

$n+1$ (GROSSMANN 1999). The-order conditions for the optimal stocks of health compactly is

$$V_t G_t = \pi_{t-1}(r - \tilde{\pi}_{t-1} + \delta_t), t < n \quad (6) \text{ and}$$

$$V_n G_n = \pi_{n-1}(r + 1) \quad (7)$$

the person behaves as if the rate of depreciation on the stock of health is equal to 1 in period n . suppose maximization for a fixed number of periods equal to n results in a stock in period $n+1$ that exceeds the death stock (GROSSMANN 1999 p. 17). Then lifetime utility should be re-maximized under the assumption that the individual will be alive in period $n+1$ but dead in period $n+2$. Then if this assessment continues we can develop an iterative process for the selection of optimal length of life. For this new arrangement of the model Grossmann (1999) the process amounts to maximizing lifetime utility is less than or equal to the death stock (H_{min}), and adding one period to the horizon and re-maximizing the utility function.

The explication of the model deal with other scholars that discuss part of the assumptions and he replies to them with math. As Grossmann says on the final remarks of this paper The model likes to emphasize the difference between health as an output and medical care as one of many inputs into the production of health. It provides a theoretical framework for making predictions. (GROSSMANN 1999)

In relation to the health system and the price that regulates the health markets, recent surveys such Zhong Zhao (2007) on China, Halliday and park (2009) on the Medicare model and Julfikar Ali and Noman (2013) that evaluate the Bangladesh model are examples that the quantitative models of analysis of Health Systems (or of the public system) use economic models but the analysis of the expenditures of a health system are determined by the regression technique and econometrics based on the evidence of expenditure over time. Researchers evaluate the historically produced relationships between variables such as education, wages, age, sex, etc.

In other words, models are used not to predict but to evaluate ex-post situations. Executives decide public system spending based on the public budget structure. Spending is defined as a percentage of GDP and broken down into policies, programs and projects that can fit in the pocket of the nation that determines them. What does not fit into the public budget remains as a pocket expense for the community and depends on income differences.

In order to define health expenditures, demographic groups and diseases are evaluated to understand which shares should be allocated for each probable disease. This is what caused the problem of lack of pandemic preparedness. Such an analysis must come after a risk analysis (AVENI and PINHO 2020). Historically, a pandemic was not foreseen and, therefore, no expenses were foreseen for this risk of death, which today is between 3 and 6 deaths per 10,000 inhabitants, or between 30 and 60 deaths per 100,000 in 2020.

DISCUSSION AND RESULTS

Real things are more complicated than the model, because it is possible to understand that health can be affected by several diseases at the same time, as well as the cause of death that can happen from different causes at the same time. Therefore, models should cross demographic and disease data to establish a basic demand for collective services, all of which are probabilistic and dynamic variables.

To date, I am not aware of such complex models actually used to assess the population's health demand.

So we agree with the classic analysis by WAGSTAFF (1986), that shows all economic models present several fronts of concern regarding demand. This has developed from a demand for medical care for non-medical services as well. However, how is prevention evaluated that has difficulty in quantitatively evaluating the relationship between prevention and results? How are the socio-economic determinants that face the difficulty of analyzing social groups and related lifestyles evaluated? In the socioeconomic analysis front of assessment there is a difficulty in segmenting the groups of age, sex, vulnerability relating optimum health objective. A model of investment or consumption, as the Grossmann's is very simplistic.

Another issue is the impact in the case of joblessness, which also implies psychological impacts. It was not by chance that there was concern in the world about the psychological effects on those who were forced to work at home. All of these problems have an effect on the market efficiency of a theoretical model, in addition to the regulatory problem and externalities. Always according to WAGSTAFF (1986) the demand for health in the model thus provides only part of the information required by policy makers.

Models and empirical analyzes of health demand can indicate which policy measures are likely to be the most effective in solving specific problems, but they cannot indicate for themselves which measures are likely to be most economical. The demand for healthcare facilities provides information only on the benefits of certain measures. To complete the analyzes, a set of tools must be used, such as cost-benefit and cost-effectiveness analysis, which are assessments that Regarding how much presented in the theory of health economics, the results show that the demand must consider determinants that are not explicit or implicit in the logic of the current mainstream of economists and politicians and that the cause of the pandemic is more evident today. Our discussion ought to point out three basic motivations that can be used to refuse to use only an economic model based on Grossmann's. We suggest the model can be used only for the economy of disease. They are:

- 1) Definition of "good health" and the optimum health investment or consumption. Health is not a human capital but a condition and a right. What is called health demand for economist is in fact disease assistance market.
- 2) Policies and strategies of health systems and their markets. The assessment of how much must be spent per capita for health depends on disease risks. The national policy for health must be provide facilities in case of disease and reduce risks with education, control on more healthy lifestyles. The assistance system depends on statistics of disease risks that in fact could be improved with risks decrease.
- 3) Use of quantitative models and scenarios. Which demand forecasting models to use and how to solve the problems of calculations and research in quantitative economic models, how risk analysis enter into these model with probabilistic variables and time implications? In our view there is not a demand but many demand markets depending on social and environmental locations. In fact there is no economy of health but different service markets for disease. The variable that is completely excluded by

the model is social and environmental grassroots that implies different trend on demand and response offer for each social system.

Human capital, “health” as a good.

It must be considered that the expenses for “good health” must substitute expenses for other goods. What effects on increased health demand for example on leisure? According to Krugman and Wells (2007) two goods are perfect substitutes when the demand for one falls when the price of the other falls. In other words, and much simplified, the price increase in health (or also the increased risk of infection) has reduced the demand for leisure and other goods.

Together, the lack of risk management by the government and private companies increased the negative impacts on the economy. (AVENI 2020b). A selective policy and measures to avoid these impacts could be assessed beforehand. World governments and their economic advisers are responsible for this drop in national and world GDP. Certainly, the so-called information asymmetry (STIGLER, 1961; AKERLOF, 1970; SPENCE, 1973; STIGLITZ, 1981; 1989) was the most serious failure in the markets from the Chinese stance ahead of the outbreak of the disease.

We cannot simply accept the justification for these damages that resources have been made available that in a note from IPEA are placed between 2% and 20% of GDP, in aid to companies and people. These are figures are absorbed by large companies and become part of the added value in the same year of public spending (IPEA 2020). In fact, these resources are not available to all those who need them and have given up on diversions as in Brazil, where it is known that part of the resources for vulnerable population were cheated, as well as the practice of over-invoicing of equipment that led to judicial inquiries in states like Amazonas and Rio de Janeiro as recently reported by the press.

All of this, all the more serious as health goods are a particular asset and their demand differs from other goods and services. It is a right and, therefore, the State must be concerned with offering this good if it is not offered in the market at adequate prices According to Krugman, Wells (2007), a public good is both non-exclusive and non-rival, that is , a producer cannot prevent someone from consuming what he produces, and the good can be consumed by more than one person.

It can be said that the public good means that it is the good that defines that we are wealthy, that is, is our right to have specialized assistance, especially when we cannot afford it. So today the good health that determines the demand for health, especially public health, is not only related to the assistance service and the supply of doctors, but it is prevention, health education and is linked to income to pay for care and make a living healthy in addition to having, in the case of illness, a system of clinics available.

Today this system could be moved to any country with telemedicine. Is possible have consultations with any doctor we want. There is thus an opportunity cost in which people decide how much to spend on health in relation to other offers and possibilities of using their time (AVENI 2020b).

We can summarize that today good health has a demand process that starts from the doctor and becomes a lifestyle, as follows:

I am sick > I go to the doctor / hospital > I go to the psychologist / nutritionist > I change my lifestyle (if necessary)
--

On the contrary, the path should be as follows:

I don't want to be sick > I change my lifestyle > I go to the psychologist / nutritionist > I go to the doctor / hospital (if necessary)

Thus, demand should not be focused on paying fees for creating assistance and paying for assistance systems (perhaps unusable or avoidable), but a better strategy is in prevention, education and coverage of financial risk. The demand of health must follow determinants as suggested for instance using a client focused demand (ALMQUIST 2016 e ALMQUIST et ali 2018). Definitely health is not a good as education that can be purchased. The demand of health is not the demand of assistance for disease.

Policies.National health systems and health expenditures.

It is known that analyzing health economy there are many externalities mostly due to government policy (AVENI 2020a). But the problem is, considering public health mandatory, what is the expense per capita of a national system? We understand that health system as government service provided is a failure. We don't agree that the US system is better but the foundation of the US system is better because people have to pay for the risk of disease and not to pay for someone (and generally speaking politicians cheating and bribery) decide what assistance could be delivered broadly in the country as in centralized health systems.

The question of defining what a public "health good", we answer in the section before is not a trivial one because the market must be competitive not regulated. The market sets prices for goods and services. The demand may or may not have services and goods offered in the market to satisfy it. In the market we have private, public and professional entities that offer.

But what will be the ideal cost structure for offering services? Will there be profits entering the market? Companies offer services and goods that generate profits and do not offer goods to those who cannot pay (AVENI 2020a), but is this the consequence or the reason for the government's entry into the offer? If the government decides to offer services, the market price no longer has the price reference. This implies that a fundamental decision element is missing for companies to offer services.

The debate on health systems, when it is necessary to decide economic policies, takes on ideological aspects linked to the role of the government should play in the health system. There are those who would like to see an expanded government believing that private insurance companies are particularly inefficient and often put profit before people. There are others who would like to move towards a single payer system in which the government pays health care for everyone outside of tax revenue. A centralized system run by smart systems argues that managers are better able to reduce administrative inefficiency, eliminate unnecessary treatment, negotiate with suppliers for lower costs and allocate health resources more equitably where they are most needed. A successful example in this case is Canada

There are also those who would like to reduce the government's role in the health system. There must be an orientation in the health insurance market, but less heavy than it is now. Competition for the customer should lead to better health care. A centralized process would limit individual freedom, over-feed, and stifle innovation. For example, in Canada and other centralized systems, waiting times for medical procedures can be delayed and those who can pay sometimes choose not to wait

Quantitative models and scenarios.

But quantitative models must also be reconsidered, if used. We argue that these economic models could be used to define indication of the total health spending for each segment of society for disease assistance. So good health can be restricted to a category of human capital. The dynamics of the variables of formulas (1) to (7) are exogenous and not endogenous (as the model states). In formula (3) and (5) lack a variable that represent the marginal increase of social health at time t .

There are multiple effects on the markets for other goods and is directly linked to age and lifestyles. The total effects must be evaluated using at the end non-quantitative models (cost-benefits) before deciding policies and expenditures and running the simulations. This does not seem to be the process that takes place in all countries before approving and controlling spending measures.

There are also probabilistic factors that must be evaluated, as each one at each moment has a different probability of survival that there is not the solution of formula (6) and (7) because these solves condition of a model with endogenous variables of health, and we consider them exogenous. This means, in our view, that it is impossible to assess an "equilibrium condition". All we can say is that "optimal conditions" assess only a status indication of a time t of total expenditure of a "health system", or better for "disease expenditures systems", for each society segment that can be useful to asses trends, if properly analyzed.

So that it is difficult compare health systems due to the link with the variables of the economic system in each nation and in each place. So each comparison can be in quantitative terms only if we find homogeneous systems and societies, perhaps in blocks such as the 26 nations of the EU and the 52 states of the USA, which are not comparable between them.

Postmodern health demand and economy of health.

So health is more than a human capital, it is our lifestyle and something that defines our well being. It cannot have a defined price and quantity of health, even if in the economy evaluations human life has a price. Thus, the economy of health that statues health being merely a capital must be rejected and substituted with economy of consumption spending for disease.

We can say then that there is another paradox in the so-called health economics. The person is healthy when he does not need assistance or care. The paradox is that a healthy person does not need a health market, a health system and the provision of services he needs assistance when he does not have good health. In other words, the healthy person does not need health systems, but only to assess and predict their disease risks and to have a healthy social environment. These risks depend on many factors including social risks and the destruction of the environment. Diseases, in addition to accidents, depend on the characteristics of age, dryness, race and social environment.

The demand for health must be defined by each person differently in relation to age, sex, natural disabilities, etc. In other words, there is no homogeneity in health capital, especially in relation to the places that socially determine health. An universal health system, although it is necessary for the most vulnerable community, will never reach its universal health objective for all and for free, it is not financially viable (WH 2019b).

The Covid-19 outbreak showed that the political system, panicking, not knowing what to do, adopted different and flexible measures in contradiction and conflict. The measures were not used to prevent contagion, but to preserve the

national “health system”. The Covid-19 outbreak demonstrates that “human capital”, on the contrary of what is sustained by the economic model, has been reduced and was increased the life risk of the population.

The perception of future of health is to take care of the risks and assist the sick collectively, but an offer of services must be developed to keep a person's life healthy. Prevention is part but this it is not just the assumption of vaccines, prevention involves exams, assessment of which lifestyle is healthier, etc. Education is part of, but not general education and, above all, health education. This is what we understand for a postmodern health economy and markets.

The public offer was undifferentiated, or homogeneous but from now on must be considered exogenous, variable from place to place, from population segment to another. Thus, assistance production must also depends on the quality and the “country risk”. The real exogenous factor is the “country system” (culture and economy), which can be favorable, for example by having innovation, research and a quality education system for doctors and nurses, or not being favorable because there is quality only in private structures that pay more, or emigration of talent to richer countries, or lack of innovation and research that makes equipment dependent on overseas purchases and maintenance and more expensive parts, etc..

Real demand for economic models of postmodern health imply: ethics, lifestyle, prevention, education, aliments controls, financial solutions to prevent risks of diseases expenditures, aids to assist vulnerable people such child and seniors, **and** a public health system with assistance facilities, drugs and medicines, chirurgical centers medical doctors and nurse prepared in case of disease or health controls.

Our conclusion is do not deal with health as a human capital but to restart from a deep understanding of health as a social and personal right and with the question of what every “consumer” of the good need and demand for him and his family in every location with its environmental differences such a metropolitan or forest locations.

We need to stop waste public money for a costly offer of goods to assists eventually. We need to change our assistance offer to prevent and follow every people life progress in order to suggest the best pathway with education and controls of food, alimentation and psychologist support in case of abuse of alcohol, drugs etc. The government must study means to help everyone to have financial funds to be assisted if ill and not support a “universal health system” that permits monopoly or extra rent for professionals. A universal health policy must have less assistance for all and more assistance for who need it.

FINAL REMARKS AS CONCLUSION

The work failed to provide an answer to the initial question about the health demand paradox, as there are no economic models to explain the impacts of Covid-19 and why were there negative impacts on the economy. The Covid-19 outbreak showed how our current knowledge and perception of markets and healthcare systems leads to wrong conclusions because all the policies are focused on assistance and not to health itself. The severity of the pandemic, the lack of research and vaccines, the lack of planned beds and equipment and the flexibility in production, lack of decision-making processes and lack of education and ethics in the populations were all underestimated.

Economic analysis and public policy, based on models and statistics, face different dilemmas: 1) a better definition of what the health good or service is and the “health systems”; 2) model evaluation and problem solving in its structure, 3)

incorporation of important qualitative variables to define supply and impacts on economy as a whole (public policies included), 4) differentiate and split de study of health demand into local and segmented markets.

To explore the demand for health in the future it is necessary to “get out of the box” and think about the health economy with human being as the center of the research. Currently, the definition of the level of demand is made to improve efficiency in public or private service, which implies a focus on the process or production that is not satisfying individual and collective demand. This paradigm of the modern society based on past centuries policies is the production and disease assistance offer. This should be moved to a more adequate perspective on the real demand for the postmodern society.

REFERENCES

- ARROW, Kenneth Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review;53 (5):941-973. 1963
- AVENI A. Sistemas de Saúde e Economia da Saúde – Impactos Causados pela COVID-19 Sistemas de Saúde e Economia da Saúde – Impactos Causados pela COVID-19 Cadernos de Prospecção – Salvador, v. 13, n. 2, Edição Especial, p. 477-493, abril, 2020^a
- AVENI A. Estratégias atuais e futuras para empresas e profissionais na economia da Covid-19. Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social - Ano II (2020), volume II, n.3 (jan./jun.) pag. 46 a 63, 2020b.
- AVENI A. e PINHO L. C. F. Gestão de risco na pandemia sars covi 2 (Covid-19) uma proposta de arvore de decisões. em AVENI et Ali (org) Aspectos Multidisciplinares que envolvem direito, gestão e finanças acerca da Covid19. Editora Processus Brasilia. 1^aed. 2020
- ALMQUIST Eric Elements of Value Measuring What Consumers Really Want A Harvard Business Review Webinar featuring August 9, 2016
- ALMQUIST, ERIC WYNN GRACE, CLEGHORN JAMIE AND SHERER LORI. Delivering What Consumers Really Value Excelling on the Elements of Value leads to revenue and market share growth. BAIN and Company. 2018
- BRANDON Howard, What Is Health Economics?. Health, JH Bloomberg School of Public Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. In <https://www.jhsph.edu/departments/international-health/global-health-masters-degrees/master-of-health-science-in-global-health-economics/what-is-health-economics.html> Retrieved 31 July 2020.
- EU – EUROPEAN UNION. State of Health in the EU Companion Report Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. Disponível em: www.ec.europa.eu/health/state. Acesso em: 3 abr. 2020.
- FUCHS, V.R. (1966), “The contribution of health services to the American economy”, Milbank Memorial Fund Quarterly 44:65-102.

GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy 80:223-255. 1972.

GROSSMAN M. The human capital model of the demand of health. National Bureau of Economic Research NBER working paper series. WP 7078 Cambridge Massachussets, april 1999.

IMF - INTERNATIONAL MONETARY FUND. World Economic Outlook. The great Lockdown. International Monetary Fund April 2020

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. AMITRANO Claudio MAGALHÃES Luís Carlos G. SANTOS SILVA de Mauro. Medidas de Enfrentamento dos Efeitos Econômicos da Pandemia Covid-19: panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha Texto para discussão 2559. Ipea Brasília : Rio de Janeiro, 2020.

KRUGMAN Paul, WELLS Robin Introdução a Economia. 2ª Ed. Elsevier Rio de Janeiro 2007

HALLIDAY T.J. PARK MIJUNG Home Health Care, and Medical Expenditures Department of Economics University of Hawai'i at Manoa & Institute for the Study of Labor (IZA) and Mijung Park Department of Nursing University of Hawai'i at Manoa Household Size, Home Health Care, and Medical Expenditures Working Paper No. 09-16 November 3, 2009

JULFIKAR A. K. and NOMAN A.N.K Determinants of Demand for Health Care in Bangladesh: An Econometric Analysis World Journal of Social Sciences Vol. 3. No. 6. November 2013 Issue. Pp. 153 – 163

MUSHKIN, S.J. "Health as an investment", Journal of Political Economy 70, supplement: 129-157. 1962.

OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO –. Os gastos com saúde continuam a crescer mais rápido que o crescimento econômico na maioria dos países da OCDE. 30 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.oecd.org/fr/els/systemessante/santelesdepensescontinuentdeprogresserplusrapidementquelacroissanceeconomiquedanslapartdespaysdelocde.htm>. Acesso em: 3 abr. 2020.

OECD – The ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT –Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, [2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Acesso em: 3 abr. 2020.

RAO M, Pilot E. The missing link--the role of primary care in global health. Glob Health Action 2014;7.

TAE K. K., SHANNON R. L.. Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among 17 Countries and Implications for US Health Care Reform. American International Journal of Contemporary Research Vol. 3 No. 9; September 2013

ZHONG ZHAO Health Demand and Health Determinants in China IZA Discussion Paper No. 1835 November 2007. Germany. zhao@iza.org

WAGSTAFF A. The demand for health: theory and applications Journal of Epidemiology and Community Health, From the Centre for Health Economics, University of York, Heslington, York, 40, 1-11. 1986

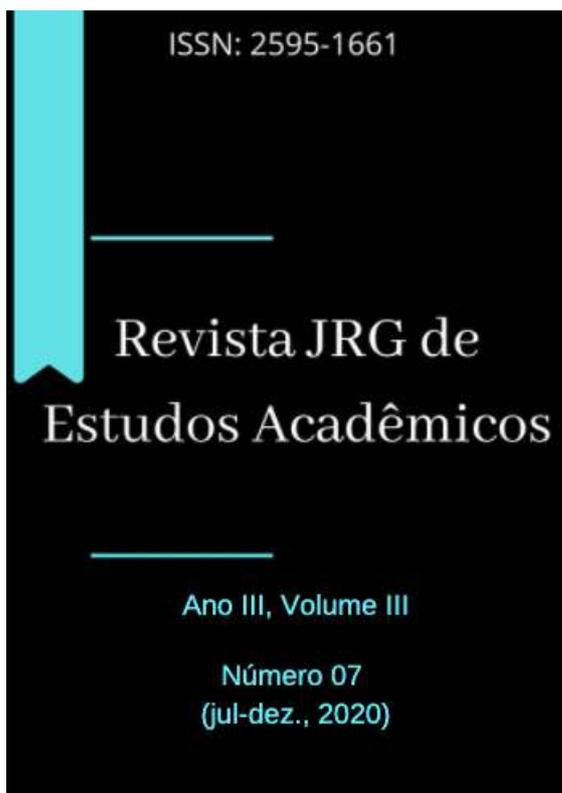
WAGSTAFF, A. "The demand for health: An empirical reformulation of the Grossman MODEL", HEALTH ECONOMICS 2:189-198. 1993.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, The world health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva, 2000.

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION Primary health care: a framework for future strategic directions. Geneva, , 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [S.l.]: World Health Organization 2019a.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. [S.l.]: World Health Organization, 2019b. ISBN 978 92 890 5405 8.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
07/07/2020.

Data de reformulação: **16/07/2020**

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): **29/07/2020**

Data de disponibilização no site (publicação): **01/08/2020**

DOI: [http://doi.org/ 10.5281/zenodo.3969652](http://doi.org/10.5281/zenodo.3969652)

Publicado: **2020-08-01**

COMO ELABORAR UMA RESENHA DE UM ARTIGO ACADÊMICO OU CIENTÍFICO¹

HOW TO PREPARE A REVIEW OF AN ACADEMIC OR SCIENTIFIC ARTICLE

Jonas Rodrigo Gonçalves²

Resumo

Este artigo tem como tema principal a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou de um artigo científico. Aborda o problema “Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico?”. Parte da hipótese “é possível orientar a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico a partir das orientações metodológicas sobre a elaboração de resenhas de livros”. O objetivo geral é explicar como se elabora uma resenha de um artigo acadêmico ou científico, a partir das orientações metodológicas de como se elabora uma resenha de um livro. Tem como objetivos específicos: entender como um tópico frasal pode gerar uma síntese; compreender como uma síntese pode ser parafraseada para originar um resumo; aprender a transformar um resumo numa resenha, a partir das técnicas de terceira pessoa explícita e de endosso. Justifica-se por ser a resenha um trabalho muito

¹ Como citar este artigo: GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. Ano III, Vol. III, n.7, jul./dez., 2020.

² Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Fasesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br

comum no universo do ensino superior, sendo interessante a docentes, discentes e sociedade. Este artigo representa uma pesquisa de tipologia teórica, a partir de base bibliográfica, enquadrando-se na modalidade de artigo de revisão de literatura.

Palavras-chave: Resenha. Síntese. Resumo. Artigo Acadêmico. Resenha de Artigo.

Abstract

This article has as main theme the elaboration of a review of an academic article or a scientific article. It addresses the problem "How to prepare a review of an academic or scientific article?" Part of the hypothesis "it is possible to guide the preparation of a review of an academic or scientific article from the methodological guidelines on the preparation of book reviews". The general objective is to explain how to prepare a review of an academic or scientific article, based on the methodological guidelines of how to prepare a review of a book. Its specific objectives are: to understand how a phrasal topic can generate a synthesis; understand how a synthesis can be paraphrased to give a summary; learn how to turn a summary into a review, using explicit third-party techniques and endorsement. It is justified because the review is a very common work in the universe of higher education, being interesting to teachers, students and society. This article represents a theoretical typology research, based on a bibliographic basis, fitting the literature review article modality.

Keywords: Review. Synthesis. Abstract. Academic Article. Article Review.

Introdução

Este artigo tem como tema principal a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou de um artigo científico. Muitas vezes nos deparamos com materiais metodológicos que ensinam a fazer resenhas de livros, nesse sentido, este artigo trará um direcionamento das orientações metodológicas de resenhas de livros para o universo dos artigos acadêmicos ou científicos.

Segundo Gonçalves (2019e, p.47), resenha é a transcrição das principais ideias do autor, com as palavras do aluno. É obrigatório usar a terceira pessoa explícita (Exemplos: o autor afirma..., Fulano deixa claro..., o texto informa..., o artigo aduz... etc.). Deve-se usar o endosso, técnica de elogiar o texto e/ou o autor (Exemplos: é interessante a forma como o autor aborda..., a obra afirma de maneira relevante ..., Fulano informa com convicção... etc.).

O problema principal deste trabalho é "Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico?" Ou seja, a problemática da questão em si envolve o como fazer, ou seja, o como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico, a partir das orientações metodológicas sobre como elaborar uma resenha de um livro.

Conforme aduz Gonçalves (2019e, p.54-55), há um aspecto muito importante: na resenha, usa-se a linguagem da 3ª pessoa. O resenhista, portanto, mostra que é uma 3ª pessoa avaliando uma obra, inclusive manifestando opinião (como aparece destacado). Quando for possível localizar os créditos do autor (currículo, formação, onde trabalha, publicações etc.), deve ser colocado um parágrafo inicial contendo isso.

Tem-se, então, a seguinte hipótese deste artigo "é possível orientar a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico a partir das

orientações metodológicas sobre a elaboração de resenhas de livros”. Nesse sentido, acredita-se que a metodologia da elaboração da resenha de livros pode orientar a elaboração da resenha de artigos acadêmicos ou científicos.

Tudo começa da definição dos tópicos frasais do texto a ser resenhado, a identificação desses tópicos frasais gerará a primeira etapa de elaboração de uma resenha: a síntese. A síntese é a união dos tópicos frasais do texto, com as palavras do(s) próprio(s) autor(es). Gonçalves (2019e, p.50) explica que a Síntese é a transcrição das principais ideias do(a) autor(a), com as palavras do(a) próprio(a) autor(a).

O objetivo geral deste trabalho é explicar como se elabora uma resenha de um artigo acadêmico ou científico, a partir das orientações metodológicas de como se elabora uma resenha de um livro. Nesse sentido, a finalidade principal é discutir as estratégias de elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico.

Como tudo parte da identificação dos tópicos frasais de um texto, é importante entender o que constitui um tópico frasal. Nas palavras de Gonçalves (2019e, p.51), importante destacar que cada parágrafo tem uma ideia central, quando o texto é bem escrito. Elimine os exemplos, adjetivos, advérbios, apostos, explicações secundárias, citações e atenha-se apenas ao tópico frasal dos parágrafos.

O primeiro objetivo específico é entender como um tópico frasal pode gerar uma síntese. O segundo objetivo específico é compreender como uma síntese pode ser parafraseada para originar um resumo. O terceiro objetivo específico é aprender a transformar um resumo numa resenha, a partir das técnicas de terceira pessoa explícita e de endosso.

Na síntese são transcritos os tópicos frasais, ou seja, as principais ideias do(a) autor(a) com as palavras do(a) próprio(a) autor(a). Já no resumo, faz-se a paráfrase da síntese, isto é, reescrevem-se os tópicos frasais alterando-se as palavras do(a) autor(a). De acordo com Gonçalves (2019e, p.53), resumo é a transcrição das principais ideias do(a) autor(a), com as palavras do(a) aluno(a).

Este trabalho se justifica para docentes de ensino superior que muitas vezes podem recorrer à elaboração de resenhas de artigos acadêmicos ou científicos. No entanto, sabe-se que muitas vezes, o(a) discente apenas localiza materiais metodológicos que ensinem a fazer resenhas de livros.

Para a ciência metodológica, é relevante pelo fato de abrir o leque de possibilidade de elaboração de uma resenha. Sabe-se o quanto muitas vezes a escolha de alguns artigos acadêmicos ou científicos podem dar o direcionamento necessário de algumas disciplinas de ensino superior. Nessa perspectiva, ter uma aplicação de aspectos metodológicos que ensinam a fazer uma resenha de livros direcionados à elaboração de uma resenha de artigos acadêmicos ou científicos é muito relevante.

Para a sociedade, o relevo se dá pelo fato de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico poder servir para incentivar a leitura do respectivo artigo resenhado. Assim como o interesse de leitura de um livro pode surgir a partir da leitura de uma resenha deste livro, também a vontade de leitura de um artigo acadêmico ou científico pode surgir a partir da leitura de uma resenha deste artigo.

Este artigo representa uma pesquisa de tipologia teórica, a partir de base bibliográfica, enquadrando-se na modalidade de artigo de revisão de literatura. Um artigo de revisão de literatura é um artigo acadêmico que parte de outros artigos acadêmicos ou científicos, ou ainda de livros ou capítulos de livros, os quais se consideram referências basilares e relevantes daquela temática específica. Em um artigo de revisão de literatura, faz-se um referencial teórico a partir de autores(as) que

publicaram pesquisas consolidadas sobre o tema em questão. Os(as) autores(as) utilizados(as) em um artigo de revisão de literatura precisam ser mestres ou doutores que publicaram artigos em revistas que possuam ISSN, indexação de oito dígitos fornecida pelo Ibict (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia), ou que publicaram em livros os quais puderam contar com o registro do ISBN por parte da editora.

Por se tratar de um artigo de revisão de literatura, o instrumental utilizado foi composto por livros com ISBN e por artigos oriundos de revistas com ISSN, cujos(as) autores(as) são mestres(as) ou doutores(as). Os artigos de revisão de literatura partem da pesquisa das palavras-chave (descritores) que compõem o tema em bases de busca dos artigos científicos, como o Google Acadêmico, por exemplo. Tais bases de busca desses artigos acadêmicos ou científicos funcionam como indexadores que realizam uma triagem a qual localiza apenas periódicos científicos e suas publicações sobre aquele determinado tema.

Ao escrever um artigo de revisão de literatura, elencam-se os critérios de exclusão e de inclusão das bases de dados. Deve-se estabelecer se o referencial teórico irá especificar um período para artigos e livros elegíveis, como os últimos cinco anos, por exemplo. Além disso, determina-se se haverá exigência de titulação entre os(as) autores(as) dos livros e dos artigos a serem selecionados, como exigir que pelo menos um(a) dos(as) autores(as) seja mestre(a) ou doutor(a), por exemplo. Também se especifica a obrigatoriedade ou não de artigos oriundos de revistas científicas com qualis (Capes) ou ISSN, bem como livros com ISBN. Em um artigo de revisão de literatura, os critérios de exclusão e de inclusão das bases de dados para a definição do referencial teórico constitui-se como muito relevante. Releva destacar, ainda, que um artigo de revisão de literatura deve apresentar o tempo previsto para a realização da pesquisa, indicando-se como uma boa média temporal para este tipo de trabalho seja desenvolvido entre três e seis meses. No caso deste artigo específico, a base bibliográfica que fundamenta o referencial teórico é composta por autores(as) com mestrado ou doutorado que publicaram livros com ISBN e/ou artigos acadêmicos ou científicos em revistas com ISSN, nos últimos cinco anos. Esta pesquisa teve o tempo previsto de três meses, incluindo-se o levantamento do referencial teórico, a revisão de literatura e a elaboração dos elementos textuais, pré-textuais e pós-textuais que compõem o trabalho.

Mesmo que um artigo de revisão de literatura parta de artigos ou livros com pesquisas quantitativas, como não se trata de uma prova metodológica primária deste artigo de revisão a coleta em campo desses dados, ele se enquadrará como pesquisa qualitativa. Uma pesquisa qualitativa trata as informações coletadas, tanto em campo (artigos científicos) como a partir da revisão de literatura (artigos acadêmicos). Num artigo de revisão de literatura, os(as) autores(as) tratam os dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos relevantes levantados pelos(as) seus/suas respectivos(as) autores(as).

Nas palavras de Gonçalves (2019, p.32), o artigo de revisão de literatura será composto pelos seguintes elementos: capa; folha de rosto; planilha de notas; sumário; resumo, palavras-chave; *abstract*, *keywords*; introdução [contendo tema; problema; hipótese; objetivos (geral e específicos); justificativa; metodologia]; revisão de literatura (desenvolvimento do artigo, que pode ser desmembrado em capítulos); considerações finais; referências; anexos e apêndices. Nessa estrutura que compõe este tipo de artigo, é no desenvolvimento que ocorre a revisão de literatura, além de paráfrases que também irão compor o capítulo da introdução no intuito de respaldar

os parágrafos considerados metodológicos (tema, problema, hipótese, objetivos, justificativa e metodologia).

Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico

A resenha é o texto que apresenta uma obra, seja esta obra um livro, um capítulo de livro, um artigo acadêmico ou científico, ou mesmo um filme, um episódio de uma série etc. O(a) resenhista procura apresentar a obra com fidelidade e objetividade para despertar no(a) leitor(a) da resenha o interesse na leitura da obra completa.

A impessoalidade constitui, então, uma das principais características da resenha. Usa-se uma técnica linguística denominada “terceira pessoa explícita”, com ela fica claro que o(a) resenhista é uma pessoa externa à obra analisando-a. Neste artigo, explicaremos com detalhes a técnica aqui mencionada.

Outra característica marcante da resenha é a técnica do endosso. Para sugerir uma obra, o(a) resenhista precisa respaldá-la, indicá-la com apreço, sugeri-la com segurança, ou seja, endossá-la. Também explicaremos mais adiante como deve ocorrer o uso da técnica do “endosso” nas resenhas.

Este endosso não ocorre obrigatoriamente, por exemplo, quando se elabora uma resenha crítica, a qual pode criticar positiva ou negativamente uma obra. No entanto, este artigo se direciona à elaboração de uma resenha e não de uma resenha crítica, texto também muito interessante, mas muito mais complicado de ser elaborado do que uma resenha em si. Numa resenha crítica, além da terceira pessoa explícita, o(a) resenhista se respalda em outras obras sobre o mesmo tema para criticar (positiva ou negativamente) a obra resenhada. Esta técnica utilizada na resenha crítica é conhecida como “contribuição externa”, ou seja, o(a) resenhista deverá procurar outros(as) autores(as) que possuam a mesma formação que o(a) autor(a) da obra resenhada criticamente para observar se este(a) outro(a) autor(a) concorda (resenha crítica positiva) ou discorda (resenha crítica negativa) do viés temático do(a) autor(a) da obra resenhada. Caso não se respalde em outros(as) autores(as) ou em outras obras para elaborar uma resenha e, mesmo assim, o(a) resenhista teça críticas (positivas ou negativas), não se tratará de uma resenha crítica, mas sim uma resenha cri-cri, sem valor acadêmico, sem respaldo bibliográfico, uma resenha vazia.

Importante: além de a resenha crítica ser muito parecida com a resenha, ela precisa ter a opinião de outros autores sobre o mesmo tema. A resenha de um artigo deve ser feita em um só parágrafo, já a de um livro com três capítulos deve ter três parágrafos, ou seja, um parágrafo para cada capítulo. É muito mais fácil fazer uma resenha que elogie e concorde com o posicionamento do autor. Para fazer uma resenha com críticas negativas sobre o texto resenhado, o leitor precisará embasar sua argumentação em autores que discordem da obra resenhada, caso contrário, a resenha não será crítica e sim resenha “cri-cri”, ou seja, sem valor acadêmico, no campo do “achismo” e do senso comum. Resenhas que se reportam à linguagem do autor da obra como problema são terríveis, por exemplo: “o texto traz uma linguagem muito difícil que impede a compreensão precisa sobre o tema em questão.” O domínio pleno da norma culta escrita por parte do resenhista é pré-requisito. Ao contrário, o elogio à boa linguagem como recurso para o bom entendimento do texto é bem visto: “o autor usa linguagem clara e simples, facilitando a compreensão de um assunto tão complexo como o abordado na obra” (GONÇALVES, 2019e, p.58-59).

Nesse sentido, tendo explicado, ainda que inicialmente, a diferença entre resenha e resenha crítica, ressalta-se que o presente artigo abordará a elaboração de uma resenha e não de uma resenha crítica.

A elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico pressupõe várias etapas, dentre as quais se destacam: localização dos tópicos frasais; elaboração de uma síntese; transformação desta síntese em resumo, por meio de paráfrase; acréscimo das técnicas de terceira pessoa explícita e de endosso. Os tópicos frasais constituem uma síntese que será transformada em resumo acrescido de terceira pessoa explícita e de endosso para a elaboração de uma resenha.

Ainda antes das etapas mencionadas – tópicos frasais, síntese e resumo –, alguns aspectos prévios precisam ser trabalhados no início da resenha. Como a resenha apresenta uma obra, ela deve despertar o interesse do(a) leitor(a) em fazer a leitura do texto completo resenhado.

Para elaborar uma resenha cogitando publicá-la, há vários aspectos que precisam ser considerados, além do que compreende a elaboração de uma resenha em si. Dentre esses aspectos que envolvem publicação como fim, destacam-se: escolha da revista acadêmica onde será publicada; cadastro do currículo dos autores na plataforma Lattes (lattes.cnpq.br); registro da identidade internacional Orcid (orcid.org); desenvolver a resenha com no máximo três autores, sendo um(a) deles(as) mestre(a) ou doutor(a); ter o título em língua portuguesa e em língua inglesa; apresentar um currículo resumido de todos(as) os(as) autores(as); contar com resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, resenha em si e referências.

Na escolha do periódico científico, é importante observar na parte que apresenta o foco e o escopo da revista acadêmica se ela permite submissão de resenhas. Muitas revistas acadêmicas não publicam resenhas, por isso é importante saber se o periódico de interesse faz esse tipo de publicação. Em diretrizes aos(as) autores(as), as revistas definem as normas de formatação, a estrutura exigida, bem como a titulação obrigatória dos(as) autores(as) e, ainda, a quantidade de autores(as) por manuscrito submetido.

As revistas acadêmicas ou científicas, que buscam seguir os critérios estabelecidos pelo Qualis Periódicos da Capes, exigem que os(as) autores(as) informem o correio eletrônico, os links do currículo Lattes e da identidade internacional Orcid, bem como especifiquem a afiliação institucional e um resumo curricular mencionando a formação e as informações acadêmicas.

Quanto à afiliação institucional, no caso de docentes, trata-se da instituição em que o(a) professor(a) tem maior carga horária. Ou seja, mesmo que o(a) docente lecionem em mais de uma instituição, ele(a) só menciona como afiliação institucional a faculdade, ou centro universitário, ou universidade, em que tenha maior carga horária. Se este(a) docente for aluno(a) de mestrado, doutorado, ou mesmo de estágio pós-doutoral, a afiliação institucional dele(a) será a instituição na qual estuda, independente de onde ele(a) lecionem. No caso de alunos(as) de graduação que não sejam docentes, a afiliação institucional será a instituição na qual estudam. Isso porque todos(as) só podem ter uma única afiliação institucional, mesmo que existam vários vínculos empregatícios. A obrigatoriedade de uma só afiliação institucional se dá por ser a exogenia um critério Qualis Periódicos da Capes, em que se avalia a unidade da federação da afiliação institucional dos(as) autores(as) e do local-sede da revista acadêmica.

No resumo curricular, deve-se tomar cuidado para que não seja algo longo, constituindo-se em média três linhas em nota de rodapé um bom parâmetro. Neste

resumo curricular, devem constar apenas a formação e a experiência acadêmica ou científica. Acrescidas de Lattes, Orcid e e-mail.

Quanto à estrutura da resenha a ser publicada, como elementos anteriores à resenha em si, precisam constar o título em português e em inglês, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords* e referências.

Logo após o nome dos(as) autores(as) da resenha, precisa constar a informação completa da obra resenhada. Como se fosse uma referência, precisam ser apresentados: nomes dos(as) autores(as); título do artigo; nome da revista em negrito; dados da publicação (ano da revista, volume, edição, periodicidade, ano de publicação). Conforme orienta Gonçalves (2020, p.4):

Resenha da obra:

SOBRENOME, Nome Completo do Primeiro Autor; SOBRENOME, Nome Completo do Segundo Autor quando houver; SOBRENOME, Nome Completo do Terceiro Autor quando houver. Título completo do artigo resenhado sem destaque (sem negrito, sem itálico, sem sublinhado). **Nome da Revista Acadêmica em Negrito.** Ano XX, Vol.XX, n.XX, jan.-jun., 2020.

No campo do resumo, enquanto elemento estrutural anterior à resenha, deve ser mencionado o título completo do artigo resenhado, os(as) autores(as) do artigo resenhado, o nome completo da revista onde o artigo resenhado foi publicado, bem como os dados que especifiquem a edição específica em que se publicou o artigo resenhado. Nas palavras de Gonçalves (2020, p.4):

Resumo

Esta é uma resenha do artigo intitulado “Título completo do artigo resenhado sem destaque (sem negrito, sem itálico, sem sublinhado)”. Este artigo é de autoria de: Nome Completo do Primeiro Autor; Nome Completo do Segundo Autor; Nome Completo do Terceiro Autor. O artigo aqui resenhado foi publicado no periódico “Nome Completo da Revista Acadêmica”, no Ano XX, Vol.XX, n.XX, jan.-jun., 2020.

No campo das palavras-chave, devem ser mencionadas entre três e cinco palavras que identifiquem os principais descritores do artigo resenhado. É comum que a primeira palavra-chave de uma resenha seja “resenha”. No entanto, isso não é algo obrigatório.

No campo do *abstract*, coloca-se a tradução para a língua inglesa do resumo. Ou seja, traduz-se o resumo em português para o inglês. É muito importante que essa tradução seja submetida a um(a) tradutor(a) com domínio da língua inglesa, pois os sites que fazem tradução automática geralmente traduzem com erros, o que prejudica o trabalho em si.

No campo *keywords*, coloca-se a tradução para a língua inglesa das palavras-chave. Ou seja, traduzem-se os descritores em português para o inglês. É muito relevante que essa tradução seja submetida a um(a) tradutor(a) com domínio da língua inglesa, pois os sites que fazem tradução automática geralmente o fazem com erros, o que é prejudicial ao trabalho como um todo.

Já na resenha em si precisa apresentar o artigo acadêmico ou científico. A maior parte dos artigos acadêmicos apresentará no capítulo introdutório: tema, problema, hipótese, objetivo geral, objetivos específicos, justificativa (profissional, científica e social), metodologia. Logo, a resenha precisará apresentar isso também.

O ideal é que em cada parágrafo da resenha, o(a) resenhista apresente um desses aspectos acima identificados. Como a resenha precisa apresentar o artigo acadêmico ou científico escolhido, o(a) leitor(a) da resenha precisa entender

exatamente a proposto do artigo selecionado, sobretudo para ter vontade de ler o artigo em questão na íntegra, a partir da leitura da resenha.

Além desse mapeamento, praticamente de ordem metodológica (tema, problema, hipótese, objetivos, justificativa, metodologia), a resenha precisa apresentar o desenvolvimento do artigo selecionado. Caso o artigo divida seu desenvolvimento em capítulos, é importante haver pelo menos um parágrafo explicando cada capítulo. Caso não exista divisão em capítulos do desenvolvimento do artigo, o(a) próprio(a) resenhista pode efetuar essa divisão. Uma sugestão seria dividir em no mínimo cinco parte o desenvolvimento do artigo, a discussão proposta no artigo, caso não haja a divisão feita pelo artigo resenhado.

Para realizar a resenha do desenvolvimento do artigo em questão, o(a) resenhista, antes de qualquer coisa, precisa mapear os tópicos frasais desta importante parte do trabalho resenhado. Tópico frasal é a ideia central de cada parágrafo. Diz-se que, quando o texto é bem escrito, todos os parágrafos possuem um tópico frasal. No tópico frasal não entram adjetivos, explicações secundárias, exemplos, apostos, adjuntos adverbiais e afins. Entra apenas a ideia principal que, na maioria dos casos, estará no início do parágrafo, abrindo-o, podendo estar também raramente no meio ou no fim do parágrafo.

Síntese é a transcrição das principais ideias do(a) autor(a) com as palavras do(a) próprio(a) autor(a). Ou seja, após identificar os tópicos frasais que são as ideias centrais de cada parágrafo, deve o(a) redator(a) apenas transcrever essas ideias centrais na íntegra, usando o vocabulário do(a) próprio(a) autor(a). Na Síntese, portanto, assim como nos tópicos frasais, devem ser evitados: exemplos, adjetivos, advérbios, apostos, explicações secundárias, citações etc. Ou seja, o tópico frasal é a frase verbal mais sucinta do parágrafo. Quando o parágrafo for uma citação direta, pula-se este parágrafo, pois ele não entrará como ideia central e, portanto, não irá compor a Síntese. A Síntese, que é a transcrição dos tópicos frasais, deve ser de no máximo 20% (vinte por cento) de cada parágrafo. Isto é, um quinto do parágrafo irá compor o tópico frasal dele. Ao ir sublinhando as ideias centrais, o(a) redator(a) poderá pular algumas palavras, algumas expressões ou alguns termos sintáticos, desde que seu recorte tenha sentido, contendo sujeito, verbo e complemento (GONÇALVES *et al*, 2018, p.35-36).

Esses tópicos frasais, uma vez identificados, irão ser agrupados formando novos parágrafos, gerando o que se conhece como síntese. Em média uma síntese representa 20% do texto original, ou seja, um quinto do texto. A síntese, mesmo sendo a transcrição das principais ideias do(a) autor(a) com as palavras do(a) próprio(a) autor(a), diferencia-se do fichamento.

No fichamento, destacam-se apenas determinadas frases ou determinados parágrafos que serão utilizados para o referencial teórico de um novo trabalho. Em um fichamento, não há a obrigatoriedade de localização de todas as ideias centrais do texto fichado, sendo esta uma característica da síntese.

Na síntese não entrarão citações diretas, as quais servem para elucidar a discussão proposta em determinada reflexão. As citações diretas servem para respaldar a reflexão proposta naquele trabalho. De forma que atuam respaldando o pensamento desenvolvido naquela pesquisa.

Em resumo, na síntese devem ser identificados os tópicos frasais; tópico frasal é a ideia central do parágrafo; deve ser de no máximo 20% do texto; não entram adjetivos, advérbios, apostos, explicações secundárias, citações etc.; síntese é a transcrição das ideias centrais do autor com as palavras do próprio autor; logo, sintetizar é transcrever os tópicos frasais.

Por exemplo, em “Naquela bela tarde chuvosa, o estudioso menino baixinho dirigiu-se ao bem frequentado shopping local e comprou interessantes livros de aventura”, seria identificado como tópico frasal “o menino comprou livros”. Ou seja, a síntese desta frase é o menino comprou livros.

Vejam os um segundo exemplo: “No contexto mundial, conciliar o desenvolvimento econômico e a proteção do meio ambiente é um grande desafio. O crescimento econômico é marcado pela exaustão dos recursos naturais e pelo empobrecimento dos países em desenvolvimento. Tais fatos culminaram na Eco 92, onde foram elaborados diversos documentos importantes.” Deste parágrafo, o tópico frasal é “conciliar o desenvolvimento econômico e a proteção do meio ambiente é um grande desafio”.

Como terceiro exemplo, temos: “A economia mundial caracteriza-se pela utilização extensiva dos recursos da natureza, tais como: petróleo, florestas, água. Há décadas, o homem retira do meio ambiente grandes quantidades de matéria-prima visando a sua comercialização. Em outros tempos, quando se objetivava a autossustentabilidade, pequenas quantidades de recursos eram suficientes para satisfazer as necessidades básicas. No entanto, nos tempos atuais se prima pelo retorno financeiro em detrimento da conservação ambiental.” Deste parágrafo, o tópico frasal é “a economia mundial caracteriza-se pela utilização extensiva dos recursos da natureza”.

Observemos como quarto exemplo: “É fato que os países em desenvolvimento estagnaram o processo de enriquecimento tendo em vista muitos recursos naturais se mostrarem exauridos na medida em que o modelo de desenvolvimento econômico adotado se caracteriza pela indiscriminada exploração ambiental”. Deste parágrafo, o tópico frasal é “o modelo de desenvolvimento econômico se caracteriza pela exploração ambiental”. Os expressões de natureza adjetiva “adotado” e “indiscriminada” não entraram no tópico frasal.

Enquanto quinto exemplo, consideremos: “Na Eco 92 foram gerados importantes documentos como a Agenda 21, a Carta da Terra e a Convenção sobre a Diversidade Biológica na tentativa de despertar a nação para a necessidade de compatibilizar o crescimento econômico e a conservação ambiental”. Deste parágrafo, o tópico frasal é “na Eco 92 foram gerados importantes documentos”.

Um sexto exemplo seria: “Diante do exposto, é imprescindível a adoção de medidas que visem superar a ganância por recursos financeiros e, ao mesmo tempo, proporcionar a preservação ambiental. A realização de encontros e conferências são importantes iniciativas já que, nestas ocasiões, são firmados compromissos por diversos países em prol do meio ambiente. Deste parágrafo, o tópico frasal é “é imprescindível superar a ganância e proporcionar a preservação ambiental”. Observe-se o quanto foi necessário suprimir várias palavras para manter o tópico frasal dentro dos 20% do parágrafo original.

Se juntarmos do segundo ao sexto exemplo, todos referindo-se ao mesmo texto composto por cinco parágrafos, teremos a seguinte síntese:

Conciliar o desenvolvimento econômico e a proteção do meio ambiente é um grande desafio. A economia mundial caracteriza-se pela utilização extensiva dos recursos da natureza. O modelo de desenvolvimento econômico se caracteriza pela exploração ambiental. Na Eco 92 foram gerados importantes documentos. É imprescindível superar a ganância e proporcionar a preservação ambiental (GONÇALVES, 2019e, p.55).

Isso porque a síntese é a junção dos tópicos frasais, com as ideias do(a) autor(a) consultado(a), copiando-se as mesmas palavras dele(a). Sintetizar é, portanto, transcrever as ideias principais de um texto com as palavras do próprio texto. Geralmente quando um(a) docente pede aos(às) alunos(as) que façam uma síntese, ele(a) já tem uma espécie de gabarito, composto pela junção dos tópicos frasais identificados.

Tendo-se feito uma síntese, o próximo passo é transformar a síntese em resumo. Para fazer uma síntese se tornar um resumo é preciso parafrasear a síntese, ou seja, reescrever a síntese com outras palavras.

Resumir é reescrever os tópicos frasais de um texto com outras palavras, isto é, parafraseá-los. Um resumo será do mesmo tamanho que uma síntese, portanto, corresponderá aos mesmos 20% do texto original. Em um resumo, com as próprias palavras de quem está fazendo o resumo são escritas as principais ideias do texto que está sendo resumido.

Observemos alguns exemplo de como parafrasear tópicos frasais, transformando síntese em resumo.

Como primeiro exemplo, temos o tópico frasal: “Conciliar o desenvolvimento econômico e a proteção do meio ambiente é um grande desafio”, que pode ser parafraseado assim: “Faz-se desafiadora a conciliação do desenvolvimento econômico e da proteção ambiental”.

Enquanto segundo exemplo, temos o tópico frasal: “A economia mundial caracteriza-se pela utilização extensiva dos recursos da natureza”, que pode ser parafraseado assim: “O uso excessivo dos recursos naturais definem a economia mundial”.

Como terceiro exemplo, temos o tópico frasal: “O modelo de desenvolvimento econômico se caracteriza pela exploração ambiental”, que pode ser parafraseado assim: “A exploração do meio ambiente é caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico”.

Enquanto quarto exemplo, temos o tópico frasal: “Na Eco 92 foram gerados importantes documentos”, que pode ser parafraseado assim: “A Eco 92 gerou documentos relevantes”.

Como quinto exemplo, temos o tópico frasal: “É imprescindível superar a ganância e proporcionar a preservação ambiental”, que pode ser parafraseado assim: “Propor preservar o meio ambiente e superar a ganância evidencia-se fulcral”.

Logo, juntando-se os exemplos acima, temos como resumo a paráfrase da síntese. Como a síntese é a junção dos tópicos frasais, e resumir é reescrever uma síntese com outras palavras, o trecho a seguir pode ser considerado um resumo do texto original: “Faz-se desafiadora a conciliação do desenvolvimento econômico e da proteção ambiental. O uso excessivo dos recursos naturais definem a economia mundial. A exploração do meio ambiente é caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico. A Eco 92 gerou documentos relevantes. Propor preservar o meio ambiente e superar a ganância evidencia-se fulcral”.

Entendido o que é um resumo, o próximo passo é compreender como se transforma um resumo em uma resenha. A resenha parte do resumo. Porém, acrescenta ao resumo duas técnicas linguísticas: terceira pessoa explícita e endosso.

A terceira pessoa explícita é uma forma impessoal e indireta de trazer as principais ideias de um texto. No lugar de dizer “isso é assim”, diz-se “o autor afirma que isso é assim”. Observemos que há uma terceira pessoa aparecendo antes da informação em si “o autor afirma”, o que se constitui como terceira explícita. Essa terceira pessoa explícita pode ser uma menção ao(à) autor(a) ou à obra. Terceira

pessoa explícita, em termos práticos, nada mais é do que Sujeito Determinado Simples ou Composto, ou seja, sujeito expresso, explícito, referindo-se ao autor ou ao texto resenhado. Exemplos: Maria Aparecida afirma que ... Silva deixa claro que ... Silva e Souza aduzem que ... O texto diz que ... O capítulo informa que ... O livro evidencia que ... O trabalho destaca que ... O artigo informa que ... Todos os termos sublinhados neste parágrafo constituem exemplos de terceira pessoa explícita.

A técnica do endosso pressupõe o respaldo que o(a) resenhista está atribuindo à obra resenhada. Constitui-se por um grupo de palavras que elogiem de forma acadêmica, apresentando a relevância das informações trazidas pelo texto resenhado. Destacar a importância da obra se efetiva como a principal característica da técnica do endosso. Como já foi dito anteriormente, numa resenha crítica, se ela for criticar negativamente uma obra, por óbvio, não haverá o uso da técnica linguística do endosso. No entanto, numa resenha (não crítica), o uso do endosso é obrigatório. Considerando-se o curto espaço de tempo que um(a) professor(a) tem para ministrar determinada disciplina num curso de ensino superior, não há tempo para que este(a) docente escolha livros ou artigos com os quais não concorde. Logo, na visão daquele(a) professor(a) os textos sugeridos para serem resenhados, na maioria dos casos, são os textos que coadunam com a sua linha de pensamento. Nesses casos, este(a) docente irá propor que os(as) alunos(as) façam uma resenha e não uma resenha crítica. Endosso é elogio acadêmico. Endossar é: ratificar; concordar; confirmar; anuir; enaltecer; elogiar academicamente.

Analisemos alguns exemplos de utilização das técnicas linguísticas de terceira pessoa explícita e de endosso para transformar um resumo em uma resenha.

Primeiro exemplo: resumo do 1º tópico frasal “Faz-se desafiadora a conciliação do desenvolvimento econômico e da proteção ambiental”. Transformação em resenha do 1º tópico frasal “De maneira importante, Juliana Sarkis Costa evidencia que se faz desafiadora a conciliação do desenvolvimento econômico e da proteção ambiental”. Técnicas de Resenha utilizadas: De maneira importante = endosso; Juliana Sarkis Costa = 3ª pessoa explícita.

Segundo exemplo: resumo do 2º tópico frasal “O uso excessivo dos recursos naturais definem a economia mundial”. Transformação em resenha do 2º tópico frasal “A autora, com muita eficiência, enfatiza que o uso excessivo dos recursos naturais definem a economia mundial”. Técnicas de Resenha utilizadas: A autora = 3ª pessoa explícita; com muita eficiência = endosso (elogio acadêmico).

Terceiro exemplo: resumo do 3º tópico frasal “A abusiva exploração do meio ambiente é caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico vigente”. Transformação em resenha do 3º tópico frasal “A exploração do meio ambiente é caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico, conforme Costa aduz com competente pensamento sustentável”. Técnicas de Resenha utilizadas: Costa = 3ª pessoa explícita; com competente pensamento sustentável = endosso.

Quarto exemplo: resumo do 4º tópico frasal “A Eco 92 gerou documentos relevantes”. Transformação em resenha do 4º tópico frasal “O texto enfatiza com eficácia que a Eco 92 gerou documentos relevantes”. Técnicas de Resenha utilizadas: O texto = 3ª pessoa explícita; com eficácia = endosso (elogio acadêmico).

Quinto exemplo: resumo do 5º tópico frasal “Propor preservar o meio ambiente e superar a ganância evidencia-se fulcral”. Transformação em resenha do 5º tópico frasal “Propositivamente Juliana finaliza sua obra dizendo que propor preservar o meio ambiente e superar a ganância evidencia-se fulcral”. Técnicas de Resenha utilizadas: Propositivamente = endosso; Juliana = 3ª pessoa explícita.

A junção dos cinco últimos exemplos gerará o seguinte parágrafo em forma de resenha: “De maneira importante, Juliana Sarkis Costa evidencia que se faz desafiadora a conciliação do desenvolvimento econômico e da proteção ambiental. A autora, com muita eficiência, enfatiza que o uso excessivo dos recursos naturais definem a economia mundial. A exploração do meio ambiente é caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico, conforme Costa aduz com competente pensamento sustentável. O texto enfatiza com eficácia que a Eco 92 gerou documentos relevantes. De forma propositiva Juliana finaliza sua obra dizendo que propor preservar o meio ambiente e superar a ganância evidencia-se fulcral”.

Por meio desses exemplos, objetivou-se neste artigo tornar claro o uso de técnicas linguísticas capazes de transformar tópicos frasais em sínteses, sínteses em resumos, e resumos em resenhas.

A resenha de um artigo acadêmico ou científico, então, apresentará a união do tópicos frasais do artigo resenhado (síntese), parafraseados (resumo), acrescidos de terceira pessoa explícita e endosso.

Por fim, a resenha deve apresentar as considerações finais do artigo acadêmico ou científico, destacando a conclusão do manuscrito e, ainda, trazer os resultados obtidos na pesquisa apresentada no trabalho resenhado. Pode trazer também perspectivas futuras de discussão acerca do tema.

Considerações Finais

Este artigo teve como tema central a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou de um artigo científico. Muitas vezes nos deparamos com materiais metodológicos que ensinam a fazer resenhas de livros, nesse sentido, este artigo trará um direcionamento das orientações metodológicas de resenhas de livros para o universo dos artigos acadêmicos ou científicos.

O problema principal deste trabalho foi “Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico?” Teve-se, então, a seguinte hipótese deste artigo “é possível orientar a elaboração de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico a partir das orientações metodológicas sobre a elaboração de resenhas de livros”.

O objetivo geral deste trabalho foi explicar como se elabora uma resenha de um artigo acadêmico ou científico, a partir das orientações metodológicas de como se elabora uma resenha de um livro. O primeiro objetivo específico foi entender como um tópico frasal pode gerar uma síntese. O segundo objetivo específico foi compreender como uma síntese pode ser parafraseada para originar um resumo. O terceiro objetivo específico foi aprender a transformar um resumo numa resenha, a partir das técnicas de terceira pessoa explícita e de endosso.

Este trabalho se justifica para docentes de ensino superior que muitas vezes podem recorrer à elaboração de resenhas de artigos acadêmicos ou científicos. Para a ciência metodológica, é relevante pelo fato de abrir o leque de possibilidade de elaboração de uma resenha. Para a sociedade, o relevo se dá pelo fato de uma resenha de um artigo acadêmico ou científico poder servir para incentivar a leitura do respectivo artigo resenhado.

Observa-se como perspectiva futura que o tema é muito interessante, e vários outros desmembramentos temáticos são possíveis. Por exemplo, pode-se escrever algo sobre resenha de filmes, ou de capítulos de série, ou mesmo de crônicas, ou de artigos de jornal. A resenha se constitui efetivamente uma forma de apresentar um trabalho publicado, tornando-se sua leitura completa uma possibilidade, a partir do despertar do interesse do(a) leitor(a) da resenha.

Referências

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

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

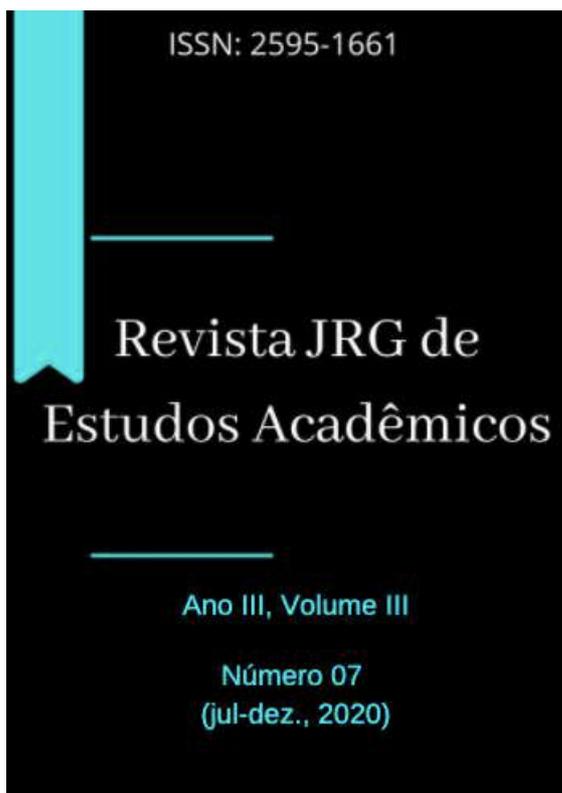
GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura**. Brasília: Processus, 2019c.

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

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

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Modelo de Resenha de Artigo Acadêmico ou Científico. **Revista Processus Multidisciplinar**. Ano I, Vol.I, n.2, 2020.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo *et al.* Técnicas de síntese e de resumo aplicadas a artigo sobre a agricultura familiar. **Agro em questão**: revista de iniciação científica da faculdade CNA. Ano II, Vol.II, n.3, 2018.



Tramitação Editorial:

Data de submissão: 04/08/2020

Data de reformulação: 07/08/2020

Data de aceitação: 19/08/2020

Data de disponibilização no site: 19/08/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3991771>

Publicado: 19/08/2020

**ESTUDO DE CASO:
EDUCAÇÃO INCLUSIVA IRRESTRITA NA PRÁTICA ESCOLAR**

*CASE STUDY:
UNRESTRICTED INCLUSIVE EDUCATION IN SCHOOL PRACTICE*

*Marli Alves Flores Melo¹
Daniela dos Santos Borges Castro²*

Resumo

Este artigo trata de um estudo sobre a educação inclusiva implementada entre a teoria e a práxis-pedagógica, amplamente discutida entre educadores, pesquisadores e estudiosos renomados na área da educação. Objetivou-se identificar as diferenças da expressão educação “inclusiva irrestrita” no contexto escolar. Especificamente, neste

¹ Marli Alves Flores Melo, estágio pós-doutoral nos programas de pós-graduação da UCB. Doutora e Mestre em Educação na linha de concentração Política Gestão e Avaliação da Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduação matemática superior e metodologia da matemática e Licenciatura Plena em Ciências – Matemática. Atuou como docente na Secretaria de Estado da Educação do Distrito Federal e na Educação Superior em universidades e faculdades privadas do DF, no Núcleo de educação a distância (NEAD) - Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), ex-consultora Unesco e chefe de divisão no Ministério da Educação; Ex-bolsista do Programa de Cooperação Internacional MASHAV /Israel. Vice-presidente da associação dos ex-bolsistas do Brasil em Israel. ID Lattes: 3171875327686453. <http://lattes.cnpq.br/3171875327686453>; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9919-230X>. E-mail: floresmelo@gmail.com.

² Mestranda em Educação pela Universidade Católica de Brasília, pós-graduada em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes, graduada em Pedagogia em Início de Escolarização pela Universidade de Brasília, graduada em Pedagogia em Alfabetização pela Universidade Católica de Brasília. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3237-7649>. E-mail: danielaborjes.castro@gmail.com

caso, analisar como as práticas pedagógicas são efetivadas no cotidiano escolar por parte dos profissionais que interagem com alunos(as) com necessidades educacionais especiais. Como método, optou-se em realizar um estudo de caso caracterizado como uma pesquisa descritiva na abordagem qualitativa. Revisitou-se ao longo do estudo legislações que norteiam o desenvolvimento das práticas pedagógicas no ambiente da educação. Nos resultados, constatou-se na escola pesquisada, que as infraestruturas físicas são inadequadas para cumprir os atendimentos educacionais especializados; e os profissionais que atuam na unidade escolar necessitam de formação continuada nessa modalidade de ensino da educação especial. Concluiu-se que nesse espaço escolar, melhorias devem ser feitas para receber os educandos especiais; as práticas pedagógicas desenvolvidas carecem de recursos para trabalhar com atividades específicas das deficiências dos(as) alunos(as), e existem limitações nos planejamentos pedagógicos. Nas implicações futuras, sugere-se a criação de ambientes inclusivos saudáveis, acolhedores, seguros, sobretudo, onde se dão às aprendizagens para todos.

Palavras-chave: Educação Especial. Educação Inclusiva Irrestrita. AEE.

Abstract

This article deals with a study on inclusive education implemented between theory and pedagogical praxis, widely discussed among educators, researchers and renowned scholars in the field of education. The objective was to identify the differences of the expression “unrestricted inclusive” education in the school context. Specifically, in this case, to analyze how the pedagogical practices are carried out in the school daily life by the professionals who interact with students with special educational needs. As a method, we opted to carry out a case study characterized as a descriptive research in the qualitative approach. Throughout the study, legislation that guided the development of pedagogical practices in the educational environment was revisited. In the results, it was verified in the researched school, that the physical infrastructures are inadequate to fulfill the specialized educational assistance; and professionals who work in the school unit need continued training in this type of special education teaching. It was concluded that in this school space, improvements must be made to receive special students; the pedagogical practices developed lack resources to work with specific activities of students' disabilities, and there are limitations in pedagogical planning. In future implications, it is suggested the creation of healthy, welcoming, safe and inclusive environments, above all, where learning for all is given.

Keywords: Special Education. Unrestricted Inclusive Education. AEE.

Introdução

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB nº 9394 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL,1996) no artigo 58, se lê: a educação especial é uma modalidade de educação escolar oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino para educandos com necessidades especiais e que apresentam alguma deficiência, tais como, auditiva, visual, física, intelectual, multissensorial, múltipla comportamental social e de linguagem, comunicacional, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação. Para esse público, quando necessário, serão oferecidos serviços de apoio especializado na escola regular para atender as peculiaridades do(a) aluno(a) com necessidades próprias, requer recursos

pedagógicos e metodologias educacionais específicas e adaptadas para apropriação dos conhecimentos oferecidos pela escola

Em se tratando da oferta da educação especial, na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) no art. 208, se estabelece o dever do estado de oferecer educação básica gratuita a todos os que não tiveram acesso a ela na idade própria, estes, todavia são inseridos nas turmas de educação de jovens e adultos (EJA) e os(as) alunos(as) que apresentam deficiências têm o direito ao atendimento desde a primeira infância na faixa etária de zero a seis anos, na educação infantil, a qual se estende a todos os níveis, etapas e modalidades de educação e destina-se às crianças, aos adolescentes, jovens e adultos.

Vale ressaltar que essa modalidade de ensino da educação especial é regida por princípios norteadores como da normalização, integração e individualização, a saber: princípio da normalização, versa sobre as condições e oportunidades sociais, educacionais e profissionais que devem ser as mesmas dispensadas às pessoas com deficiência como para qualquer outra pessoa, como também, o respeito às diferenças e à individualidade de cada um; princípio da integração, trata das condições que facilitam a participação da pessoa com deficiência na sociedade, obedecendo aos valores de igualdade, participação ativa e respeito aos direitos e deveres; princípio da individualização, possibilitar às pessoas com deficiência condições de vida o mais normal possível e garantir a acessibilidade em todos os espaços urbanos, rurais e nos meios de comunicação.

Nestes encaminhamentos, a “educação inclusiva” tem sido bastante discutida tanto nos ambientes escolares como em outros espaços afins. Todavia, apesar do *status* privilegiado em debates e discussões entre educadores que atuam na área da educação especial, no cotidiano, essa realidade se torna diferente considerando a falta de prioridades em construir instalações físicas apropriadas às deficiências e criar ambientes saudáveis, acolhedores, seguros, sobretudo, inclusivos onde se dão às aprendizagens para todos.

Em outra perspectiva, ao se rebuscar literaturas os aspectos que caracterizam a educação especial, muitos autores, pesquisadores e estudiosos renomados, definem a inclusão escolar numa visão integracionista e como obrigatoriedade indistinta de se inserir em classes comuns os estudantes com necessidades educativas especiais. Outros, creem que incluir educacionalmente pressupõe a garantia do acesso amplo e igualdade de ensino regular nas instituições escolares a todos(as) os(as) alunos(as) com ou sem necessidades especiais credenciando a educação inclusiva na prática cotidiana no contexto de “educação inclusiva irrestrita”.

Disso, emergiu o problema dessa pesquisa, na indagação: qual seria a realidade do cotidiano escolar sob a influência da legislação educacional especial na perspectiva da Educação Inclusiva?

Para isto, se objetivou identificar as diferenças da expressão “educação inclusiva irrestrita” no contexto escolar. Especificamente, analisar como as práticas pedagógicas são efetivadas no cotidiano escolar, por parte, dos profissionais do ensino que interagem com alunos(as) com necessidades educativas especiais.

Justifica-se, o presente estudo, tomando-se como base as interpretações divergentes no campo do referencial teórico e prático sobre a “educação especial no sentido “inclusivo irrestrita”.

Ante o exposto, nesse artigo consta a introdução, método, marco teórico nos tópicos sobre a educação especial inclusiva irrestrita, legislações, concepções da educação inclusiva, formas de desenvolver possibilidades no ensino regular, os

resultados da pesquisa seguidos das análises e discussões. Finaliza-se com as considerações finais e as referências.

Método

Nesse estudo pretendeu-se demonstrar a eficácia no sentido de balizar alguns questionamentos e orientações voltadas para a prática escolar inclusiva irrestrita.

Em relação ao embasamento metodológico, caracteriza-se quanto aos meios, em um estudo de caso, que segundo Gonsalves (2001), privilegia ao se analisar um fenômeno em particular. Para Creswell (2010) no olhar do pesquisador, exploram-se múltiplos casos por meio de uma coleta de dados que envolve várias fontes de informações para relatar a descrição de cada caso.

Quanto aos fins, definiu-se como uma pesquisa descritiva na qual realiza-se a análise, dos registros com a interpretação dos fatos. A pesquisa se caracteriza na abordagem qualitativa, de acordo com Bardin (2011) que corresponde a um procedimento mais intuitivo, maleável e mais adaptável a índices não previstos ou à evolução das hipóteses.

Em especial, a escolha da abordagem qualitativa se deu por abranger a realidade múltipla e subjetiva, e ser o pesquisador o responsável pela interpretação dos dados com interações ao objeto de estudo. Nessa lógica, Creswell (2010, p.26), pontua: “a pesquisa qualitativa auxilia a entender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Para realização dessa pesquisa, selecionou-se uma escola da rede pública de ensino da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, seguindo o critério de ser uma unidade educacional de atendimento educacional especializado aos estudantes com diferentes necessidades especiais, e promover projetos para o desenvolvimento de atividades ensino inclusivas.

Como sujeitos de pesquisa participaram dois (n=2) membros da equipe diretiva da referida instituição; e dois (n=2) professores(as) convidados por atuarem diretamente em sala aula no desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas junto aos estudantes com necessidades educacionais especiais.

Como instrumento da coleta de dados utilizou-se um questionário elaborado por meio de um protocolo de entrevistas com perguntas abertas e semiestruturadas nas orientações de Bogdan (1994, p. 135), como sendo: “ideal para se obter todos os dados comparáveis entre os vários sujeitos”. As perguntas abertas permitiram aos entrevistados expor seu ponto de vista em relação ao atendimento educacional especializado e da formação de professores(a) para atuação junto aos alunos(a) com deficiências. A principal vantagem no uso do questionário em pesquisas, remete a um quantitativo maior das opiniões dos sujeitos entrevistados (LAKATOS e MARCONI, 2001).

Anteriormente à pesquisa, os entrevistados(a) foram convidados por ligações telefônicas, nas quais deram o aceite em responder a pesquisa por escrito no *WhatsApp*. Nestes termos, se esclarece que a opção pelo modo *on-line*, se deu em razão da pandemia do novo coronavírus denominada de “COVID.19”³ e declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)(ONU, 2020), e que também chegou ao

³ Esse vírus foi identificado na família de vírus (CoV)”, se manifesta em humanos de maneira assintomática desde resfriados comuns a doenças mais graves, dentre estas, a Síndrome Aguda Respiratória Severa (SARS) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Ratifica-se, que o novo coronavírus recebeu a denominação SARS-CoV-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a doença que ele provoca tem a denominação (COVID-19)]. DASA (DESCREVER ESSA SIGLA) e o Ministério da Saúde.)

Brasil se espalhando por todos os estados da federação, e infectou levando a óbito milhares de pessoas nas unidades da federação.

Para tal, a pesquisa foi realizada com uso de celulares e tendo como suporte o aplicativo de comunicação *Whatsapp* que é uma multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones* (*WhatsApp Inc.*, 2009). Dessa forma, entrevistou-se no âmbito Escola Classe 02 do Riacho Fundo I e localizada numa cidade do satélite pertencente a região administrativa de Brasília no Distrito Federal, a diretora da escola, a ex-supervisora pedagógica e duas (n=2) professoras com atuações no ensino especial.

Nos resultados dos registros analisados, organizou-se o teor das respostas postadas pelos participantes da pesquisa, assim como, revisitou-se legislações e literaturas da educação especial, priorizou-se leituras na temática inclusiva na perspectiva irrestrita.

MARCO TEÓRICO

Educação inclusiva x ensino aprendizagem

Ao se discutir a educação inclusiva no ensino aprendizagem, encontra-se na literatura conceitualizações sobre o indivíduo como ser diferente na condição aprendiz, assim sendo: “As diferenças apresentam grandes oportunidades de aprendizado. As diferenças oferecem um recurso grátis, abundante e renovável. O que é importante nas pessoas e nas escolas é o que é diferente, não o que é igual” (BARTH *apud* STAINBACK e STAINBACK, 2002, p. 16).

Neste contexto, Mantóan (2001) opina: “não lidar com as diferenças é não perceber a diversidade que nos cerca, nem os muitos aspectos em que somos diferentes uns dos outros, é transmitir, explícita ou implicitamente, que as diferenças devem ser ocultadas, tratadas à parte”(p.51).

Entretanto, à educação inclusiva não deve ter o entendimento como exclusividade às pessoas com deficiência. Nessa linha de pensamento, na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva - PNEPEI (BRASIL, 2008, p. 1) afirma-se: “constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola”.

Neste ideário se torna imprescindível eleger vários tipos de metodologias de ensino com vistas a oferecer ao aluno(a) especial um aprendizado ajustado às suas necessidades individuais. Em princípio, todos os estudantes são parte do mesmo contexto escolar e devem participar das mesmas atividades comuns com adaptações.

Para que isto se torne real, nas escolas ditas inclusivas todos(as) educandos(as) devem aprender independentemente das dificuldades e diferenças, os sistemas de ensino devem ser reestruturados na ótica inclusiva e acolher a todos(as) independente da sua deficiência. Ao se compreender que cada um aprende de uma forma e em um ritmo diferente, deve-se planejar estratégias pedagógicas disponibilizando recursos e apoios para os sujeitos e suas singularidades, em suas diversidades e obter crescimentos, satisfação pessoal, sucesso escolar e a inserção social. Estes propósitos provocaram avanços perceptíveis dado o aumento no número de estudantes deficientes matriculados em classes comuns, ao passo que, as matrículas nas escolas especiais têm diminuído.

À grosso modo, as ações propostas nessas atitudes descritas se constituem em reforços para amenizar as discriminações, por segregar os estudantes que

apresentam necessidades educativas especiais em “escolas-centros de educação especial” e ou “classes especiais”.

Inclusão irrestrita

Em se tratando das legislações, em conformidade com a pesquisadora Meire Cavalcante do LEPED/UNICAMP - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Ensino e Diferença da Faculdade de Educação da Unicamp sobre o Projeto de Lei nº 7212/2017 (BRASIL, 2017) que “altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) BRASIL(1966) que dispõe do cargo de Professor de Apoio Especializado em Educação Especial para atendimento ao aluno deficiente”, afirmou ao participar do seminário sobre Política Nacional de Educação Especial, realizado na Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, da Câmara dos Deputados (2018), que tal proposição deve ser reprovada, pois, baseado na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva - PNEE/2008 (BRASIL, 2008) se expressa, o ordenamento jurídico brasileiro que o professor do Atendimento Educacional Especializado - AEE criado na perspectiva inclusiva que a Educação Especial- EE deve promover a inclusão escolar complementar e suplementar à formação do(a) aluno(a) com necessidades especiais.

Em contexto legal, este profissional deve organizar e disponibilizar recursos e apoios visando a autonomia e independência e o pleno aproveitamento dos alunos(as) que compõem seu público-alvo nos processos educacionais e sociais. A Política Nacional de Educação Especial de 2018 (*no prelo*) no seu documento orientador, define serviço de atendimento educacional especializado - AEE como um reforço ao direito de todos(a) os(as) alunos(as) aprenderem juntos, em um mesmo ambiente educacional inclusivo com as turmas das escolas comuns, tendo garantido “(...) o acesso aos níveis mais elevados de ensino (...) segundo a capacidade de cada um” Constituição Federal, 1988, art. 208 V (BRASIL, 1988).

Comparativamente na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva - PNEE/2008 BRASIL(2008), se definem as diretrizes e princípios do atendimento educacional especializado - AEE diferenciado por ações desenvolvidas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização, tendo caráter complementar e ou suplementar ao implementar programas de enriquecimento curricular, ensino de linguagens e códigos específicos de comunicação e sinalização, ajudas técnicas e tecnologia assistiva dentre outros. Nestes espaços, os atendimentos começam desde a educação infantil e perpassam todas as etapas das modalidades da educação básica e é organizado para apoiar o desenvolvimento dos(as) alunos(as), constituindo assim, parte dos sistemas de ensino e da oferta obrigatória no turno inverso da classe comum, na própria escola ou centro especializado, que realize esse serviço educacional.

Todavia, na PNEE de 2018 as salas multifuncionais ou salas de recursos de atendimento especializado, foram criadas para potencializar as ações pedagógicas propostas por um professor(a) especializado(a) e desenvolvimento curricular do estudante planejado junto aos regentes da classe comum.

Nos serviços e recursos da educação especial se incluem o ensino de técnicas e, dentre outras, cálculo por meio de Soroban, orientação e mobilidade, uso de recursos ópticos e não ópticos para estudantes cegos ou com baixa visão, utilização de estratégias para o desenvolvimento de processos mentais, uso de tecnologia assistiva, usabilidade e funcionalidade da informática acessível, uso da comunicação alternativa e aumentativa (CAA), implementação de estratégias de enriquecimento curricular para alunos(as) com altas habilidades/superdotação, bem como ter um

profissional de apoio escolar ao estudante em situação de deficiência, nas atividades de alimentação, higiene, locomoção, interação social e comunicação, em todos os níveis e modalidades do ensino, nas instituições públicas e privadas.

Na perspectiva inclusiva da educação especial, se propõe abolir a exclusão escolar de educandos com necessidades especiais em classes comuns para não segregar esse público em um ensino de má qualidade. Contudo, se conseguir promover atitudes inclusivas, se permitirá livre acesso aos ambientes escolares em condições favoráveis para aprendizagens, considerando que todos(as) sem exceção podem aprender independentemente das limitações orgânicas, disfunções e condições que apresente.

Em relação ao Projeto de Lei nº 7212 BRASIL (2017) se vislumbram um dispositivo excludente, pois faz diferenças entre os estudantes especiais pela deficiência que apresentam, fato que legalmente, constitui discriminação e que está explicitado nos diplomas internacionais que o Brasil anexou à Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Em outra acepção o Decreto nº 3.956, de 8 de Outubro de 2001 BRASIL(2001) que “promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência”, esclarece a impossibilidade de tratamento diferenciado com base na deficiência e define a discriminação como toda a diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009 BRASIL(2009) que “promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007”.

Em se tratando da perspectiva da educação “inclusiva irrestrita”, uma escola de excelência é a escola para todos(as), que não exclui ninguém e todos(as) alunos(as) sem exceção são diferentes e singulares. Ou seja, a educação inclusiva irrestrita não segrega os ambientes escolares específicos. Em contrário, amplia o atendimento educacional especializado sem deixar de priorizar as diferenças, e valoriza o fato dos (as) alunos(as) aprenderem independentemente de suas limitações.

Para Mantóan (2003) a mudança educacional que se propõe através da inclusão tem como eixos o convívio, o reconhecimento e o questionamento da diferença e a aprendizagem como experiência relacional participativa e significativa para o estudante. Para a autora, a inclusão fundamenta-se nas diferenças dos seres humanos, na singularidade de cada um de nós, nas possibilidades que o caráter multiplicativo e transformador da diferença nos confere, seja para melhor ou para pior, pois as situações de deficiência que todos(as) experimentamos dependem do meio em que vivemos.

A referida autora no ideário de inclusão, em linhas gerais, situa a deficiência como sinônimo de diferença, reconhecidamente de que somos seres que encerram possibilidades e originalmente não são definidas por diagnósticos de desenvolvimento. Para a mesma a diferença, será sempre um dever, como sendo um “remédio” nas mudanças, nas interações, nas atualizações das possibilidades latentes em todos nós. Ou seja, toda pessoa ou objeto em todo o ambiente, que afete essas interações para melhor, propiciam deste modo transformações que são considerados agentes do processo de inclusão de pessoas com ou sem deficiências.

Nesse compasso, incluir significa ser articulador para promover intercâmbios intersetoriais e interinstitucionais sem discriminar indistintamente quem quer que seja, garantindo deste modo, a plena participação na sala de aula comum (Conselho Nacional de Educação, Resolução nº 4, 2009) (BRASIL, 2009).

Em caso da temporalidade, quando se propõe num tempo maior para alunos(as) com necessidades educacionais especiais, se confirmam a defasagem idade e série na proposta que deveria ser evitada nos contextos da educação inclusiva. Isso remete à discussão da aprendizagem ao longo da vida (ALV), que segundo Ball (2013) o aprendiz se destaca sobre a determinação no âmbito das políticas educacionais atuais e de algumas versões da teoria social. Coloca, existir uma nova totalidade social organizada em torno de uma trajetória da vida que concentra-se em três patamares nas aprendizagens subjetivas, são eles: o aprendiz pré-escolar-“maternagem total”; o aprendiz da educação pós-obrigatória na sociedade do trabalho; o aprendiz adulto - “autoajuda”. Conquanto as temáticas ligadas com empresa, responsabilidade, educabilidade, e mercadorias perpassam todos os espaços de inclusão.

Bourdieu, (2004), situa que sobre ALV deve começar cada vez mais cedo, pois a parentalidade está focada em fazer dos filhos um projeto. Para ele, nesse tipo de família o trabalho de inculcação do capital cultural e da autoformação é intenso, frenético e deliberado, constituindo deste modo produto de uma “maternagem intensiva” ou “maternagem total” no pesado investimento do tempo, da energia, do dinheiro e do compromisso emocional da mãe para potencializar o desenvolvimento intelectual, físico, social e emocional da criança, “atrelando o máximo de tempo livre para maximizar o capital cultural” (p. 19).

Contudo, quando se discute aprendizagem pós-compulsória tomando os jovens como aqueles que são ensináveis e flexíveis, a aprendizagem ao longo da vida, sinaliza que devem internalizar e assumir a responsabilidade pelas suas necessidades, na mesma medida em que as suas histórias pessoais e condições sociais para a aprendizagem são eliminadas nesse processo. O futuro é diluído em incerteza, em precariedade e em “adiamentos ilimitados”, ou seja, resta apenas a estes jovens serem diferentes modificarem-se e serem “des-centrados” Deleuze (1990).

Desse modo, a manutenção de uma pessoa neutra e a autorrepresentação seriam habilidades necessárias para se obter certos tipos de trabalhos. Isso é conseguido nas novas pedagogias de aconselhamentos, nas individualizadas da tutoria, da aprendizagem personalizada e dos programas vocacionais sob medida focado no aprendiz pós-compulsório, e na fluidez da educação continuada e vocacional o que faz convergirem educação continuada/educação superior, inclusive nos textos das políticas públicas.

Assim sendo, ALV considera-se o fenômeno da autoajuda com muitas “interconexões entre variados domínios de governo e autoformação” (RIMKE, 2000, p.71). Constitui-se em novas formas de biopoder para o gerenciamento das populações, para a obtenção da docilidade e da produtividade, de modo que o governo “aumenta [continuamente] suas capacidades para produzir populações saudáveis, produtivas e flexíveis” (EDWARD; NICOLL; TAIT, 1999, p. 625).

O contexto da sociabilidade em rede” é “informacional” mais do que narrativa e baseada primariamente na troca de dados. Isso poderá levar a uma “diminuição da responsabilidade moral” na medida em que a nós mesmos nos moldamos a um estilo de conduta, e então conseqüentemente, planejado e por fim abandonamos velhas autenticidades, tornando-nos mais suscetíveis aos sinais do mercado (MASON, 2001, p.47),

Em conformidade com Falk (1999), AVL vem atuando como um veículo para vender mercadorias, além de ser uma mercadoria em si mesma. Isto é, a privatização da aprendizagem em vários sentidos é um acontecimento que leva a crer que a própria

experiência de aprendizado individual é uma mercadoria que poderá ser trocada, em alguma medida, por uma entrada no mercado de trabalho (MCWILLIAM, 2002).

Na minuta da Política Nacional de Educação Especial: equitativa, inclusiva e ao longo da vida - PNEE de 2018, Comissão de Defesa das Pessoas dos Direitos das Pessoas com Deficiência, (*no prelo*), pretende contribuir, não apenas para a ação pública efetiva, mas para afirmação de valores democráticos e progressistas, aberta para as transformações culturais e técnicas do Brasil. O aprendizado ao longo da vida na educação especial é colocado como garantia de oportunidades de aprendizado por meio da educação e o pleno desenvolvimento e a aprendizagem são processos constitutivos do sujeito durante o curso de sua existência, valorizando deste modo também o aprendizado em outros espaços e serviços educativos da comunidade e o obtido a partir das experiências cotidianas. Assim, as aprendizagens devem ocorrer em contextos não formais e informais, além do espaço escolar de modo a assegurar como forma de alcançar o máximo desenvolvimento da pessoa, de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, e sociais, segundo as características, interesses e necessidades de aprendizagem de cada um.

Educação Inclusiva Irrestrita dentro de uma perspectiva possível

Uma discussão envolvendo a educação inclusiva irrestrita dentro de uma perspectiva possível, há de se considerar inexoravelmente as questões relativas à diversidade e diferenças individuais nesta mesma educação inclusiva. As diferenças elencadas nem sempre levam ou observam as deficiências graves e que limitam de maneira acentuada as pessoas. Em consonância Omote (2004) insere que os deficientes dependendo do grau de comprometimento não podem ser atendidos em classes de ensino comum por mais que estas sejam amplamente inclusivas. Para o autor, deficientes que apresentam necessidades especiais não podem ser atendidas em escolas de ensino comum. Reitera que a educação inclusiva tem como um de seus maiores desafios a provisão de ensino de qualidade para todas as crianças e jovens, que mesmo sem deficiência, apresentam grandes diferenças devidas às desigualdades sociais.

Em outra acepção, a maioria das discussões entre os especialistas sobre a inclusão tem-se popularizado, inclusive com os termos diversidade e diferenças fazendo parte do repertório de muitas pessoas e em muitos contextos da vida cotidiana. No entanto, cabe salientar que partindo de fundamentos anteriores o ser humano apresenta, além do patrimônio genético, um padrão cultural privilegiado único e intrasferível. Isso, o torna de fato diferente, diverso de qualquer um outro na perspectiva de que os processos biológicos e culturais se realimentam mutuamente, como ratifica Dobzhansky (1972) ao analisar a forma brilhante da evolução humana.

Sobre isto, Omote (2004) sinaliza de modo semelhante que à vida cultural influencia a natureza biológica do homem, sobretudo, naturalmente cultural e biológico. Esse autor, afirma que cada pessoa se constitui um ser único, porém se diferencia por não se negar que existem diferenças grupais devido à raça, gênero, idade, cultura e até mesmo condições físico-geográficas do ambiente imediato. Pontua, que as pessoas se apresentam como uma combinação de um misto de traços individuais e de diferentes grupos a qual pertence.

Em sentido oposto, diferenças de outra natureza existem sem ser reconhecidas, alguns referentes aos indivíduos altamente incapacitantes e originadas de várias patologias, traumas e acidentes. Tais diferenças, podem representar em determinados casos um potencial adaptativo, em outros casos, limitam ou impedem a realização de muitas atividades relevantes do cotidiano. Desta feita, a perspectiva

inclusiva em todos os espaços escolares ou não devem ser adaptados para pessoas com diferenças de modo a minimizar impedimentos às atividades comuns de vida diária (OMOTE,2004).

Vale salientar no discurso da inclusão irrestrita, haver profissionais comprometidos com as pessoas diferentes para se construir com dignidade e melhor qualidade às suas vidas, permitindo-lhes ter acessibilidades aos serviços de qualidade que atendam suas individualidades em suas necessidades especiais.

Entre as pessoas reconhecidas como diferentes pelas suas limitações e ou alterações acentuadas e sem possibilidades de conviver com outros em ambiente de ensino comum, neste caso, a escola que não conseguir oferecer atendimentos pela falta de recursos e de profissionais da educação especializados e disponíveis apenas em instituições que prestam serviços de outra natureza, devem transferi-las a estas instituições.

Em verdade, o termo "irrestrito" aparece na provisão de serviços para oferecer atendimentos variados que atendam as especificidades das necessidades de toda a população.

Dessa maneira, emerge o desafio da inclusão em prover um ensino de qualidade a todos em suas características que abrangem as áreas linguísticas, culturais, sociais, étnicas, de afiliações grupais e outras diferenças perversamente impostas por uma grande desigualdade social (OMOTE, 2004).

Em decorrência, a educação inclusiva deve ser adequada ao público com deficiência e nas mesmas condições de ensino por regras e normas, e disponibilizar recursos comuns da comunidade, criar oportunidades para a maximização das diferenças vantajosas que cada aluno(a) apresente, apostar e empregar todos os esforços para a redução de diferenças desvantajosas, manter serviços especiais destinados aos deficientes para que possam ser atendidos em atividades que requerem especificidades não observadas em classes de ensino comum.

Agregue-se aos serviços especiais alguns critérios a serem atribuídos as diferentes naturezas que permitam ao aluno(a) deficiente e frequente a classe de ensino comum receber algum tipo de assistência especializada. Em se tratando de estudantes seriamente comprometidos e sem condições de receber atendimentos em salas de aulas regulares, fomentar o direito de fazer parte de programas que trabalham com dinâmicas e desenvolvimento da independência e autonomia nas atividades de vida diária (AVD) e atividades de vida prática (AVP).

Nestes encaminhamentos, salienta-se ser conveniente a separação do(a) aluno(a) deficiente para melhorias educacionais. Dessa maneira, não se pode negar na sociedade inclusiva todas possibilidades de convivência entre os diferentes em todas as situações possíveis e não somente no espaço escolar.

Estudo de Caso

O estudo de caso proposto teve como cenário de pesquisa uma unidade educacional da rede pública de ensino, a Escola Classe 02 do Riacho Fundo I da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, em que se dimensionou os relatos das condições informadas pelos entrevistados convidados.

Desse modo, obteve-se por meios de entrevistas em subsídios as análises, no que concerne aos aspectos pedagógicos, dos ambientes e espaços no contexto da educação inclusiva irrestrita, conforme os sujeitos de pesquisa a seguir:

Equipe Diretiva

A Diretora da instituição escolar descreveu sobre as características das estruturas físicas nesse espaço educacional, ao declarar que a escola foi construída em pavimentos o que inviabiliza o acesso ao 1º(primeiro) andar dos estudantes cadeirantes e ou com mobilidades reduzidas, pois não tem rampas disponibilizadas.

Internamente, como ponto de atenção, retrata o refeitório como não adequado à distribuição dos lanches oferecidos durante as aulas. Sobre o banheiro, relatou que o mesmo apresenta problemas com a fechaduras e defeitos em torneiras e que os(as) alunos(a) ao utilizar os sanitários precisam levar da sala de aula o papel higiênico e sabão para a lavagem das mãos.

Em particular, situa que o atendimento educacional especializado funciona nas dependências da escola em uma salinha para reforço escolar e com aplicação de algumas atividades pontuais interventivas para o acompanhamento de alunos(as) e professores do Ensino Especial e ou de classes inclusivas.

Dos familiares dos(as) aluno(as) com necessidades especiais, por regra, os deslocamentos à escola são os pais e ou responsáveis que conduzem os seus filhos com necessidades educativas especiais, como também que Na parte externa do prédio possui um estacionamento com vagas especiais.

Revelou que os familiares dos alunos(as) deficientes não são participativos na escola de maneira satisfatória em reuniões convocadas pela direção e ou coordenação e não se colocam em parcerias junto aos professores para auxiliar, continuar a consecução e acompanhamentos na realização de atividades escolares diárias em casa, considerando ser necessário a complementariedade das ações e ou atividades desenvolvidas no interior da escola no desenrolar do cotidiano letivo. No entanto, a maioria, atendem de imediato aos convites para os eventos promovidos como festas comemorativas e ou tradicionais.

Supervisão

A supervisora situa que os (as) alunos(as) matriculados na escola Classe 02 do Riacho Fundo I são acompanhados de maneira insatisfatória por outros profissionais externos (psicólogos, fonoaudiólogos, equipe multidisciplinar).

Nessa escola há um psicólogo e um pedagogo da equipe de atendimento psicopedagógico que desempenham outra função: a de itinerantes (que se deslocam para outras instituições). Em razão disso, estes dois profissionais pela demanda ser alta na Regional de Ensino do Núcleo Bandeirante, atuam em poucos momentos na escola. A parte da orientação educacional é limitada para as demandas no que se referem ao apoio ao núcleo familiar e até escolar dos(as) alunos(as).

No tocante a formação continuada dos professores e demais profissionais que trabalham com o público da educação especial ou com turmas inclusivas, registram-se que os professores das turmas de ensino especial receberam capacitações em serviço para atuar nessa modalidade de ensino. Entretanto, nesta escola, há outros docentes não regentes nas turmas inclusivas e que atuam sem a obrigatoriedade de ter cursos na área da educação especial. Ressalta, que estes profissionais, raramente são convidados para os cursos de formação oferecidos nessa modalidade de ensino e ou para participar de eventos no ambiente laboral para treinamentos de sensibilização no atendimento ao público com necessidades educativas especiais.

Sinalizou que desde o final do ano letivo de 2019, um docente do Atendimento Educacional Especializado, foi licenciado da escola para cursar Mestrado em Educação na Universidade de Brasília, porém não foi substituído, mesmo com a carência tendo sido encaminhada à Regional de Ensino. A justificativa do não

preenchimento dessa vaga, é não ter outro profissional habilitado para esse tipo de atendimento.

Docentes

Para os docentes que atuam no ensino inclusivo, apesar da escola que trabalham estar aparentemente conservada, a estrutura física não foi adaptada com projetos de acessibilidade em toda a sua conjuntura e ou está compatível a receber estudantes com necessidades educativas especiais.

Sobre o Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola esclarecem ser discutido e construído coletivamente com base num plano de ações que contemplem os princípios inclusivos, de equidade, de formação para a vida, e adaptações curriculares que atendam às necessidades específicas de cada aluno(a) com deficiência.

Na maioria dos relatos dos docentes entrevistados, percebeu-se uma fala única de que há empenho coletivo na escola para que todos(as) alunos(as) com deficiências sejam atendidos em sua totalidade e especificidades. Os professores que usam o PPI (Planejamento Pedagógico Individual) referente a cada aluno(a) é retificado e ou ratificado após análises da supervisão pedagógica, coordenação e os profissionais da equipe de atendimento psicopedagógico da referida instituição.

Os docentes recebem em suas salas de aulas os estudantes com necessidades especiais, encaminhados e matriculados que apresentaram relatórios médicos. Em alguns casos, sem relatórios por indicações da Coordenação Pedagógica da Regional de Ensino do Núcleo Bandeirantes.

Quanto aos recursos, pontuaram que existem aparelhos de socialização para o lazer e de entretenimentos utilizados por todos(as) em seus momentos específicos de recreação livre e ou assistida em horários pré-estabelecidos em reunião pedagógica coletiva.

Enfatizaram que os esforços são coletivos e se esforçam para desempenhar suas funções docentes com profissionalismo em todos os atendimentos e nas demandas individuais no desenvolvimento das habilidades/competências de todos os estudantes, inclusive aos que apresentam algum tipo de deficiência.

Considerações Finais

Entre outros aspectos peculiares à escola pesquisada, ao se avaliar o conjunto dos comentários dos profissionais envolvidos com o ensino especial e ou em classes inclusivas, se detectam muito empenho e estímulo na implementação de uma educação especial de caráter inclusivo. Mesmo que, os professores e alunos(as) enfrentem carências em recursos estruturais físicos, humanos, de formação continuada e em serviço para que a mesma seja mais eficaz e eficiente no cumprimento das legislações e programas que abarcam a modalidade de ensino da educação especial.

Consoante a isso, revisitou-se a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006) que interpreta o modelo da deficiência com base nos Direitos Humanos. Se comparados a objetividade do nosso estudo, a situação da implementação da educação inclusiva, infere-se avanços, considerando os artefatos de pensamento e planos de ação inclusivos. Em outra análise, a educação “inclusiva irrestrita” pode atingir a todos(as) pelo direito de não ser diferenciado de pessoas em detrimento de sua deficiência.

Depreende-se dessa pesquisa nos relatos descritos, ser assegurada as pessoas com deficiência o direito a educação em ambientes escolares inclusivos, o direito de concluir os ciclos de estudos com os pares de sua geração em mesmo grau

de evolução num único ambiente educacional da escola regular e em classes comuns

Ante o exposto, conclui-se das informações analisadas, nas legislações pertinentes a educação inclusiva irrestrita, ser necessário estabelecer dentro da previsibilidade legal em todos os ambientes e não somente no espaço escolar, a implementação com urgência de políticas públicas no sentido de fazer uma educação democraticamente para todos(as).

Ademais, como implicações futuras, sugere-se que a instituição de ensino pesquisada (Escola Classe 02 do Riacho Fundo I-SEEDF) exemplifique para outras escolas inclusivas da rede pública de ensino do Distrito Federal as maneiras de conceber a infraestrutura adequada, recursos materiais e de formação continuada e em serviço aos profissionais do ensino que atuam junto aos alunos(as) com deficiências para que a educação inclusiva irrestrita descrita no presente estudo seja concretizada.

Todavia há de se considerar que existem enormes barreiras e deficiências de recursos quer sejam humanos, materiais e ou de formação para que a mesma se estabeleça de forma eficaz e eficiente.

Referências

BALL, S. Aprendizagem ao longo da vida, subjetividade e a sociedade totalmente pedagogizada. **Educação**, v.36, p.2, p.144-155,27. jun.2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70,2011,145p.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Disponível em: http://www.academia.edu/6674293/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_em_educacao. Acesso: 15 de junho de 2020.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004. 19p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 7212, de 2017**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDB) para dispor sobre o cargo de Professor de Apoio Especializado em Educação Especial para atendimento ao aluno deficiente. Brasília, Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2DF783E8FFC29BC6CD71E7312BB5B0D5.proposicoesWebExterno2?codteor=1536995&filenome=PL+7212/2017. Acesso: 10 jul. de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf Acesso em: 10 jul. de 2020.

BRASIL. **A Política Nacional de Educação Especial 2008**. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=3019. Acesso em 20 Jul. de 2020

BRASIL. Ministério da Educação. **A Política Nacional de Educação Especial de 2018**. Comissão de Defesa das Pessoas dos Direitos das Pessoas com Deficiência (*no prelo*).

BRASIL. Decreto nº 3956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9.out. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%203.956%2C%20DE%208,que%20lhe%20confere%20o%20art.. Acesso em: 10 jul 2020.

BRASIL. **Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007”. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso: 22 de jul. de 2020

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 4, de 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, DF, Conselho Nacional de Educação, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-186-2008.htm Acesso: 10 jul. 2020.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

DELEUZE, G. Pourparlers. Paris: **Les Éditions de minuit**, 1990.

DOBZHANSKY, T. **O Homem em evolução**. São Paulo: Polígono/EDUSP, 1972.

EDWARDS, D. **Discourse and cognition**. London: Cage, 1999.

FALK, R. **Globalização Predatória uma crítica**. Tradução de Rogério Alves Lisboa: Instituto Piaget, 1999 (p.1).

GONSALVES, E.L. **Iniciação à pesquisa científica**. 2 ed. Campinas, SP: Alíneas, 2001.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MANTÓAN, M.T.E. **Inclusão escolar**. O Que é? Por quê? Como Fazer? São Paulo: Moderna 2003.

MANTÓAN, M.T.E. (org). **Pensando e fazendo educação de Qualidade**. São Paulo: Moderna, 2001, p. 51.

MASON, M. The Etics of integrity: education values beyond postmodern ethics. **Philosophy os Education**. v, 35, n. 1, p. 47, 2001.

MCWILLIAM, RA. Uma Causa de felicidade. **Jornal de Intervenção Precoce**, 2002. p 75-77.

OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 3, dez. 2004. p. 287- 308. Disponível em: https://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista10numero3pdf/3omote.pdf Acesso em: 10 jul 2020 .

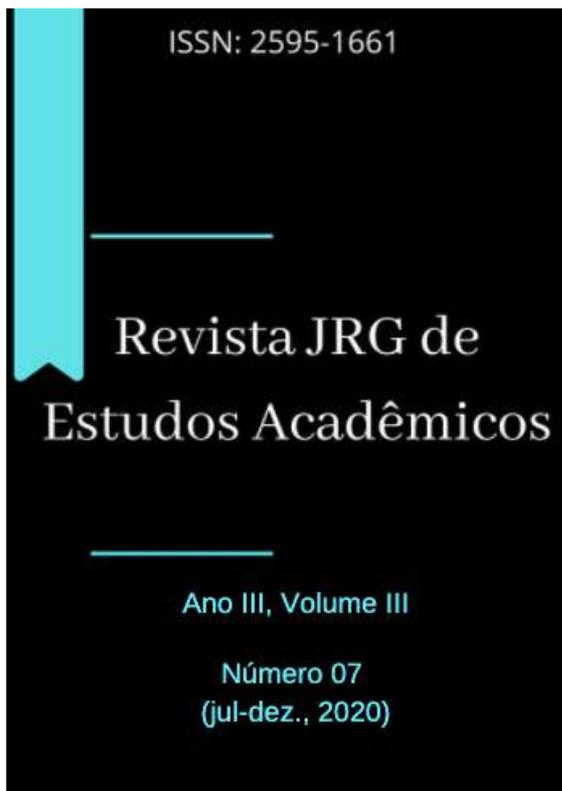
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.2006.

RIMKE, H. M. Governing citizens through self-help literature. **Cultural Studies**, v. 14, n. 1, p.71,2000.

SEMINÁRIO. Política Nacional de Educação Especial, Brasília, Câmara dos Deputados. **Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência**, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/noticias/seminario-tratara-da-politica-nacional-de-educacao-especial> Acesso em 10 jul 2020.

STAINBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão: um guia para educadores**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

WILMOTT, H. Managing the Academics: Commodification and Control in the Development of University Education. *In*: The U.K. Human Relations n. 9, p. 993-1027,1995. HUM RELAT. 48, WITTEL, A, Towards a network sociality. **Theory, Culture and Society**, v. 18, n. 6. 51-76, 2001.



Tramitação Editorial:

Data de submissão: 07/07/2020

Data de reformulação: 16/07/2020

Data de aceitação: 29/07/2020

Data de disponibilização no site: 20/08/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3992831>

Publicado: 20/08/2020

TRANSTORNO ALIMENTAR E OBJETIFICAÇÃO FEMININA: UM RESULTADO DAS RELAÇÕES DE PODER?

EATING DISORDER AND FEMALE OBJECTIFICATION: A RESULT OF POWER RELATIONS?

*Juliana Andreza Soares dos Santos¹
Vanessa Lima Rodrigues da Trindade²
Ondina Pena Pereira³
Luciana da Silva Santos⁴*

¹ Graduação em andamento em Psicologia. Universidade Católica de Brasília, UCB/DF, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8401-0550>.

² Graduação em andamento em Psicologia. Universidade Católica de Brasília, UCB/DF, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8334-871X>.

³ 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 pos-doutorado em Psicologia Social na Université du Québec à Montreal. É professora adjunta da Universidade Católica de Brasília. 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.

⁴ Docente do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). Doutora (2014) e Mestre (2008) pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. É graduada em Licenciatura Plena (2003) e Formação em Psicologia (2004) pela Universidade Federal da Paraíba. É coordenadora da pesquisa "Violência(s) contra as mulheres donas-de-casa: Ausência de direitos e impactos na saúde mental - VISMM, financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa (FAP-DF). Psicoterapeuta fenomenológica-existencial, formadora de psicoterapeutas e supervisora com enfoque em teorias humanistas e saúde mental. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2280-3483>

Resumo

A objetificação do corpo feminino é um conceito que tem ganhado cada vez mais visibilidade nas discussões sobre o machismo, sendo um conceito que se refere à banalização da imagem das mulheres, de maneira que a aparência é colocada em evidência em detrimento de todos os atributos que as definem enquanto seres humanos, levando à imposição de padrões sobre como devem aparentar e agir. Este estudo aborda diferentes concepções a respeito do corpo feminino e da subjetividade das mulheres sob a ótica do patriarcado, buscando discutir sobre as relações entre a cultura patriarcal, os papéis de gênero e o sistema de dominação, para compreender os termos pelos quais atravessam a saúde mental e corporal das mulheres. Dessa forma, este estudo procurou identificar e caracterizar a objetificação feminina por meio da literatura feminista e investigar os efeitos da objetificação sobre a autopercepção corporal de mulheres que desenvolveram transtornos alimentares, trazendo luz sobre a contribuição da Gestalt-terapia no processo de emancipação feminino. Considerando que muitas mulheres não se veem bonitas, cumpre destacar a contribuição do estudo para a Psicologia no que diz respeito à possibilidade de esta ciência proporcionar às mulheres a percepção de novas formas de existir, libertando-as do sofrimento psíquico que as relações de poder e de domínio podem causar. Vale destacar a importância de os demais profissionais, não somente das áreas da saúde, estarem atentos aos perigos da imposição dos padrões de beleza, a fim de contribuir para intervenções saudáveis e positivas junto às mulheres.

Palavras-chave: Transtorno alimentar. Objetificação feminina. Relações de poder. Patriarcado. Gestalt-terapia.

Abstract

The objectification of the female body is a concept that has gained increasing visibility in discussions about chauvinism, being a concept that refers to the trivialization of the image of women, so that the appearance is put in evidence at the expense of all the attributes that define them as human beings, leading to the imposition of standards on how they should look and act. This study addresses different conceptions about the female body and the subjectivity of women from the perspective of patriarchy, seeks to discuss the influence of patriarchal culture in relation to gender roles and relationships of dominator and dominated, and discusses how this information crosses women's body health and health mental. This study sought to identify and characterize female objectification through feminist literature and to investigate the effects of objectification on the body self-perception of women who developed eating disorders, shedding light on the contribution of Gestalt-therapy in the female emancipation process. Considering that many women do not see themselves as beautiful, it is important to highlight the contribution of this study to Psychology, concerning to the possibility of this science provides to women perception of new ways of existing, freeing them from the psychological suffering that power relations and dominance can cause. It is worth highlighting the importance of other professionals, not only in the health areas, being aware of the dangers of imposing beauty standards, in order to contribute to healthy and positive interventions with women.

Keywords: Eating disorder. Female objectification. Power relations. Patriarchate. Gestalt therapy.

Introdução

A compreensão do corpo feminino é caracterizada por um conjunto de fenômenos que não está atrelado somente aos aspectos afetivos. São vários fenômenos que se justapõem, como os de ordem cognitiva, motora, o meio ao qual o sujeito está inserido, além dos aspectos sociais e culturais.

O intuito dessa pesquisa é o de contribuir para uma melhor compreensão do universo feminino, principalmente em relação ao corpo e à autopercepção das mulheres em sua totalidade, tendo em vista a importância da sua atuação como mulher na sociedade. O interesse em aprofundar nesse tema surgiu de problematizações sobre a falta de compreensão, por parte das mulheres que buscam apoio terapêutico, dos reflexos do patriarcado e do machismo na concepção da sua imagem corporal e idealização do corpo.

Os autores Boris e Cesídio (2007) esclareceram que uma nova forma de existir foi imposta às mulheres, forma essa que passou a valorizar a estética do corpo, sua independência financeira, posição social e profissional. Esses fatores contribuíram para a construção de uma nova subjetividade, uma nova forma de se perceber no mundo, quicá de objetificação. Conceito este que parte de um processo que atribui ao ser humano a ideia de um material simbólico cabível de utilização, além de ser dominado pelo outro. A objetificação do corpo feminino está atrelada à banalização da imagem da mulher, em relação a sua aparência física, como ela deve agir, como deve se parecer e, principalmente, em relação ao tamanho e formato que seu corpo deve ter.

De acordo com os autores Bercht e Costa (2018), a concepção da existência da mulher se limitava à reprodução, maternidade e dedicação ao lar. Mas, atualmente, dentro de uma sociedade que, apesar de todas as lutas e conquistas das mulheres, nunca deixou de ser machista, a mulher é representada por outras atribuições, como, por exemplo, o padrão estético de beleza, pelo apelo de um corpo magro. E, muitas vezes, a busca por essa magreza pode desencadear o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Ao observar a importância da temática abordada surge a indagação sobre quais os efeitos da objetificação na autopercepção corporal de mulheres e qual a relação com o desenvolvimento de transtornos alimentares. Complementarmente, busca-se a contribuição da Gestalt-terapia para uma compreensão, acolhimento e intervenção psicoterápica para com essas mulheres em suas totalidades.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo principal compreender como a objetificação do corpo das mulheres impacta ou influencia a sua autopercepção corporal, além de descrever a relação entre os transtornos alimentares e a objetificação feminina, sob a perspectiva da Gestalt-terapia. Como objetivos específicos tem-se: compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para que mulheres alvo de objetificação possam passar por um processo de desconstrução do mundo preestabelecido ao qual (não) devem se adaptar; investigar o sofrimento psíquico que as relações de poder e de domínio trazem às mulheres que estão ocupando um lugar de dominadas e, por fim, refletir sobre a relação entre a objetificação das mulheres e os transtornos alimentares.

Aspectos culturais dos transtornos alimentares em mulheres brasileiras: padrões de beleza

Os transtornos alimentares (TA) compõem um conjunto de doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar e que afetam principalmente adolescentes e jovens do sexo feminino (BORGES et al., 2006).

Os principais tipos de TA são: anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), porém, além desses, há o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), obesidade, vigorexia, síndrome do gourmet, pica e transtorno alimentar noturno.

Tanto a bulimia nervosa quanto a anorexia nervosa apresentam, como característica principal, demasiada preocupação com o peso, medo de engordar e excesso de autoavaliação com base na forma física, além de haver um distanciamento entre como o indivíduo percebe seu corpo e como ele realmente é. Comumente a anorexia nervosa tenha seu início na infância ou adolescência, principalmente em meninas. Esse início é assinalado a partir de rigorosas restrições alimentares, excluindo alimentos que podem apresentar algum risco de engordar, como, por exemplo, carboidratos e açúcar. A anorexia nervosa tem como especificação a perda de peso ocasionada pelo resultado de uma dieta excessivamente restritiva (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). De acordo com Borges *et al.* (2006, p. 341):

O início do quadro clínico ocorre frequentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julga mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir drasticamente, até o jejum. O paciente tem como meta emagrecer, cada vez mais, desejando a todo custo ficar cada vez mais magro.

É comum que o início do quadro ocorra após alguma vivência que acarrete ao indivíduo uma experiência ruim, que seja estressante de alguma forma, como, por exemplo, um comentário em relação ao seu peso corporal, sua forma física, vivência do luto ou alguma perda significativa. Pode-se, então, perceber um indivíduo que gradativamente vivencia sua relação com o corpo de forma severa, estando exclusivamente em função de dietas e atividades físicas, tendo, assim, uma perda de peso contínua (BORGES *et al.*, 2006).

A bulimia nervosa tem como característica dominante episódios em que há uma rápida ingestão de grande quantidade de alimentos, seguida da sensação de perda de controle (ESPÍNDOLA *et al.*, 2006). Esses episódios, chamados de episódios bulímicos, são acompanhados de reações compensatórias a fim de evitar o ganho de peso, tais como: uso de medicamentos, exercícios físicos, dietas, e, principalmente, a indução de vômito. Nesse sentido, Appolinário e Claudino (2000, p. 29-30) afirmam que a bulimia:

Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais; e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição.

A compulsão alimentar é um dos principais sintomas da bulimia sendo comumente presente em dietas restritivas. A restrição na alimentação acarreta na privação de certos alimentos. Após um momento de descontrole o mesmo se percebe comendo uma quantidade que excede o necessário para saciar a fome e, por conseguinte, tende a optar por métodos purgativos para eliminar o excesso alimentar, situação essa que pode provocar sentimentos negativos como tristeza, decepção e culpa.

Os transtornos alimentares podem apresentar origens multifatoriais, constituídas de tendências socioculturais, genéticas e vulnerabilidades psicológicas, sendo também importante levar em consideração que:

entre os fatores predisponentes, destacam-se a história de transtorno alimentar e (ou) transtorno do humor na família, os padrões de interação presentes no ambiente familiar, o contexto sociocultural, caracterizado pela extrema valorização do corpo magro, disfunções no metabolismo das monoaminas centrais e traços de personalidade (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002, p. 18).

Os padrões estéticos pré-estabelecidos estão diretamente ligados às práticas alimentares e o público que, majoritariamente, sofre os efeitos da problemática são as mulheres. A naturalidade com a qual a cultura pós-moderna percebe o corpo feminino como um modelo de beleza seguindo um ideal de magreza tem obrigado mulheres a modificarem sua forma física em busca de bem-estar e autoestima, já que, nesse contexto, a promessa de felicidade pode estar diretamente ligada ao alcance de um ideal de corpo imposto e legitimado culturalmente.

De acordo com Oliveira e Hutz (2010), o conceito de beleza vem sofrendo muitas mudanças ao longo da história. E, sendo fiel as suas palavras: “quanto ao padrão estético corporal, o belo é normalizado desde os primórdios dos regimes patriarcais. Todas as culturas se desenvolvem marcadas por modelos estéticos” (p. 576). Segundo as autoras, em épocas em que os alimentos eram escassos, o tamanho do corpo da mulher representaria seu sinal de poder, enquanto em um período como atualmente, em que se tem alimentos oferecidos de forma abundante, a magreza representa uma autodisciplina e sucesso, confirmando também que o modelo de beleza tem se modificado a partir dos cenários econômicos.

Em um cenário não tão distante, no período colonial, marcado por uma sociedade patriarcal, a mulher era percebida como uma propriedade do homem. Este possuía o direito de controlá-la, o que ainda hoje é encontrado como característica residual desse período, impactando de maneira negativa na autopercepção da mulher acerca do próprio corpo, bem como na qualidade das relações estabelecidas. Dessa forma, a luta feminista acontece também para a libertação dos seus desejos e corpos. Oliveira e Hutz (2010, p.577) afirmam que:

A sociedade, principalmente a feminina, mais vulnerável aos ideais de beleza criados culturalmente, é pressionada para essa representação por castigos (críticas, desprezo, deboche) e gratificações (dinheiro, poder, admiração). Os ganhos secundários são muitas vezes tão poderosos que o indivíduo renuncia ao contato interno e perde a conexão com seu corpo real.

Ao observar a evolução dos padrões estéticos, percebe-se que as mulheres têm assumido um modo de existir adaptativo aos modelos expostos. Assim sendo, muitas podem até não reconhecer quais são suas verdadeiras características e gostos, não conseguir mais separar o que é dela e o que é do outro. Percebe-se então que, ao se adaptar ao modelo estipulado pela cultura machista dominadora, as mulheres correm um grande risco de perder aquilo que lhes é particular e se perceber em um vazio existencial.

De acordo com Boris e Cesídio (2007), reproduzir os modelos que já estão estabelecidos significa que o ser humano perde sua originalidade e suas particularidades em seu modo de existência, ou seja, mesmo que as mulheres tenham seus próprios desejos e necessidades de mudança, será preciso a afirmação da atração de um homem para que sua necessidade seja confirmada, já que o corpo das mulheres é voltado ao desejo masculino. Ainda segundo os autores Boris e Cesídio (2007, p.467):

A sua submissão a tais leis pode gerar uma despersonalização da mulher, isto é, a perda da consciência da originalidade das suas características peculiares, do seu estilo de vida e do seu modo de se comportar, pois a sua subjetividade é construída a partir da qualidade das relações sociais e da maneira como elas são vivenciadas, particularizadas e organizadas.

O final do século XX e início do século XXI (CASTILHO, 2001, *apud* OLIVEIRA; HUTZ, 2010) são marcados pelo culto ao corpo e essa busca obsessiva pelo corpo perfeito tem aumentado o preconceito contra a obesidade. Nessa via, a insatisfação corporal é um dos primeiros sintomas para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

Em relação aos demais fatores acarretados por esses transtornos na contemporaneidade, Gonzalez, Sacomani e Rondina (2014) explicaram que se pode perceber baixa autoestima em indivíduos com transtorno alimentar, por se sentirem menos donos das próprias decisões. No geral, também demonstram algumas atitudes perfeccionistas. Perfeccionismo esse que muitas vezes é voltado à estética e, quando associado à percepção distorcida que o indivíduo tem da sua imagem corporal, pode tornar-se um estímulo desencadeador de comportamentos como a compulsão e purgação.

CULTURA, SUBJETIVIDADE E OBJETIFICAÇÃO DO CORPO FEMININO

As mulheres têm protagonizado uma série de lutas em prol de sua libertação social e pessoal. Essas lutas são acompanhadas pela interpretação que as mulheres dão a sua subjetividade e ao seu corpo. Dito de outra forma, os processos de mudanças históricas e sociais que as mulheres têm vivenciado são acompanhados também da mudança da forma como ela se percebe culturalmente como mulher.

Em meados do século XIX, havia uma concepção de que a existência das mulheres era limitada à reprodução (BERCHT; COSTA, 2018). Havia para elas uma limitação às suas atividades. As mulheres basicamente eram criadas para servir ao seu senhor e a criação de seus filhos. Atualmente, a concepção do feminino se altera e são acionados aos ideais de beleza, podendo-se, então, identificar elementos de que as mulheres têm sido objetificadas, inclusive sexualmente. Boris e Cesídio (2007, p.462) esclarecem que:

Esta nova forma de existir passou a valorizar a estética do corpo e a independência financeira e profissional da mulher, o que contribui para a construção de uma nova subjetividade feminina. Porém, tal valorização foi tão reforçada pelos meios de comunicação que, a partir do século XX, ocorreu uma banalização do corpo da mulher, pois a mídia o expôs em propagandas, revistas, jornais, programas de TV etc. a fim de estabelecer um padrão do corpo feminino.

Entende-se, então, que a ideia de corpo como uma mercadoria é incentivada pela mídia como um objeto a ser consumido. E as mulheres, ao se deixarem arrastar para essa posição e adequar-se ao modelo imposto, vê-se em um vazio existencial, perdendo sua subjetividade. Subjetividade essa que já era influenciada pelo patriarcado, pois de um lado temos uma mulher casada, dependente e devota ao marido, enquanto do outro lado temos uma mulher que deve ser sensual, provocante, independente financeiramente, mas que é submetida às imposições da mídia (BORIS; CESÍDIO, 2007).

Tendo em vista que a objetificação feminina ocorre quando o corpo feminino é reduzido a uma condição de objeto a partir do olhar de outra pessoa, as mulheres

tornam-se um objeto simbólico constituinte da 'dominação masculina'. Bourdieu (1999) definiu como ser um "corpo-para-o-outro". Segundo Loureiro (2014, p. 20):

Considerando que as mulheres aprendem desde a infância que os corpos femininos são objetos de constante observação, avaliação e potencial objetificação sexual, a Teoria da Objetificação propõe que esse ambiente cultural objetificante as leva a introjetarem esse comportamento e a tratarem a si mesmas como objetos a serem observados e avaliados de acordo com sua aparência.

A autoobjetificação baseia-se, portanto, em internalizar e naturalizar a forma como o outro percebe seu corpo. Ao entender que estarão sendo avaliadas e classificadas a partir de sua aparência, algumas mulheres podem ser levadas a uma maior preocupação em relação a sua própria aparência e estado corporal. Colling (2004) discorreu a respeito de como as mulheres sempre tiveram pouco delas e muito das expectativas que lhes são impostas, principalmente se forem avaliadas de acordo com os desejos masculinos.

As mulheres aprenderam culturalmente a se voltarem para a conquista do desejo do homem usando o seu corpo. Assim, o modo como as mulheres existem no mundo e sua relação com seu corpo dependem não só de sua autoavaliação, mas também de uma aprovação masculina e da sociedade no geral. Considerando que, ao se alienar no padrão do corpo feminino que vem de um desejo masculino, as mulheres se percebem como objeto a ser manipulado. E, como resultado, há a perda de uma consciência crítica permitindo que seja dominada pelo outro, "Quando falamos relações de Gêneros, estamos falando de poder. À medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações desiguais, assimétricas, mantêm a mulher subjugada ao homem e ao domínio patriarcal" (Costa, 2008, *apud* SILVA, 2009, p.2).

Mesmo que hoje as mulheres tenham consciência de seu corpo como fonte de seu prazer, ainda há a necessidade da aprovação masculina para que o prazer dessa mulher seja alcançado de forma completa, e caso esse corpo não esteja dentro do que é considerado bonito isto é analisado como falta de cuidado, desleixo e até mesmo falta de caráter. Não se esforçar para ser uma "melhor versão de si" seria um indicativo de descuido consigo mesma.

Dois pesquisas realizadas no Rio Grande do Sul, uma com 187 mulheres de 18 a 59 anos (POLTRONIERI et al., 2016) e a outra com 325 meninas de 11 a 14 anos (SCHERER et al., 2010), permitiram constatar que 45.9% das mulheres e 75.8% das meninas entrevistadas apresentaram estar insatisfeitas com seu corpo. Há um nível elevado de mulheres que relatam a insatisfação com sua imagem corporal e como os demais podem perceber e avaliar sua forma física. Há um padrão de beleza marcado pela imagem de uma mulher bem-sucedida e feliz, porém, tal sucesso e felicidade são diretamente associados à magreza. Foi instituída a crença de que a única forma de uma mulher ser bem-sucedida seria através de sua forma estética.

De acordo com Andrade e Bosi (2003, *apud* BORIS; CESÍDIO, 2007), em decorrência da supervalorização do corpo das mulheres, a publicidade tem instituído a ideia de que a felicidade e o conhecimento podem ser adquiridos através do consumo de produtos. É dado ênfase ao processo de produção da imagem corporal feminina e reforçando o pensamento de que através de aquisições na busca pelo corpo perfeito as mulheres podem encontrar sucesso, segurança e felicidade.

Fredrickson e Roberts (1997, *apud* LOUREIRO, 2014) discorreram sobre a associação entre magreza, beleza e a idealização de que essas características levam ao sucesso pessoal (e que, na ausência delas tal sucesso não pode ser alcançado).

Nesse sentido, Boris e Cesídio (2007, p.466) afirmaram que:

A construção do corpo feminino está ligada ao modo como a mulher organiza a sua subjetividade, pois o fato de não conseguir sua adequação ao modelo de corpo imposto pela cultura, seja por limites financeiros, genéticos ou pessoais, interfere na sua saúde psicológica, desenvolvendo uma maneira alternativa de enfrentar a situação.

Compreende-se que a alta valorização da forma física das mulheres pode fazer com que novos comportamentos sejam desenvolvidos, dentre eles, o desencadeamento de transtornos alimentares, ansiedade voltada para a aparência, vergonha corporal, baixa autoestima, depressão, entre outros. Há também uma necessidade excessiva referente à prática de atividades físicas e dietas alimentares, nem sempre voltadas à saúde em si, mas sim vislumbrando a satisfação pela aparência corporal.

O modo como as mulheres se constroem como sujeitos na sociedade, como se percebem como corpo objetificado, está diretamente ligado a como se identificam em sua subjetividade, à forma de existir e de adquirir liberdade. Percebe-se então a necessidade de um empoderamento que, de acordo com Berth (2019, *apud* LUCZINSKI *et al.*, 2019, p.957), trata-se da:

Condução articulada de indivíduos e grupos por diversos estágios de autoafirmação, autovalorização, auto reconhecimento e autoconhecimento de si mesmo e de suas variadas habilidades humanas, de sua história, e principalmente de um entendimento quanto a sua posição social e política e, por sua vez, um estado psicológico perceptivo do que se passa ao seu redor.

A história das mulheres é marcada por um longo caminho de condicionamento do seu modo de ser e agir, sendo importante levar em consideração que a imagem corporal não se limita apenas ao sentido da palavra, mas abarca, também, as representações que o indivíduo carrega dos outros e de si mesmo. Essas representações não são apenas conscientes e são compostas de forma gradativa, podendo ser modificadas a cada processo vivenciado pelo indivíduo.

GESTALTE-TERAPIA, MÉTODO FENOMENOLÓGICO E O CONTEXTO CULTURAL DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O corpo para a Gestalt-terapia é de extrema significância, pois é nele que são expressados os anseios, as emoções, sentimentos e sensações que são vivenciadas até mesmo de forma inconsciente (CARVALHO; LIMA, 2017). Ao se tratar especificamente de transtornos alimentares a partir de uma visão gestáltica, tendo como base o método fenomenológico-existencial, tem-se um cenário voltado ao adoecimento e como consequência pode-se contextualizar esse sujeito como um ser-no-mundo (HEIDDEGEER, 2005).

O humano é reconhecido na Gestalt-terapia como um ser único e particular, moldável, tolerante às suas mudanças e responsável por suas escolhas. Sendo assim, deve-se olhar para cada indivíduo único anulando quaisquer concepções prévias acerca de como é uma pessoa com transtorno alimentar. A Gestalt-terapia tem como principal objetivo trabalhar os sentimentos que desencadeiam o transtorno alimentar, fazendo com que a pessoa se perceba dentro de suas infinitas possibilidades.

De acordo com Carvalho e Lima (2017), através de um enfoque fenomenológico pode-se compreender os transtornos alimentares em uma perspectiva de totalidade, entendendo que o transtorno integra o ser humano e que

esse, por sua vez, faz parte de uma totalidade ainda maior como sendo indivíduo em seu meio e em suas relações. É necessário compreender o sintoma como uma forma de ser-no-mundo.

Para Heidegger (2005), o humano não “é” primeiramente, ele é humano na exata medida de seu ser-em-relação, por isso não se pode compreender o comportamento de uma pessoa de maneira isolada. É fundamental perceber esse sujeito de forma integral, ou seja, não analisar somente sua forma de estar em contato com o mundo ao seu redor, mas também consigo mesmo, levando todo o sujeito em consideração de forma que jamais se aliene a doença.

Para a abordagem existencial, o sintoma pode ser compreendido como um *modus vivendis*, um jeito de ser/estar no mundo, no modo em que ele se dá e faz com que o indivíduo se perceba enquanto existente. Para se proteger de determinadas experiências, o indivíduo é capaz de adoecer como uma forma de ajustamento criativo (CARVALHO; LIMA, 2017), ou seja, para não entrar em contato direto com conteúdos dolorosos, o adoecer emerge como um mecanismo de defesa, possibilitando o desvencilhar-se dos conflitos com os outros e consigo mesmo.

Ao utilizar esse enquadre do transtorno alimentar a partir de uma perspectiva de adoecimento, de uma forma desatualizada internamente de se perceber no mundo, a Gestalt-terapia pode proporcionar um movimento de autoconhecimento, de reabilitação afetiva e tomada de consciência (awareness). De acordo com Nunes e Holanda (2008, p. 01):

O melhor caminho é o contato com esse “modo doente”, para que com a tomada de consciência essa pessoa consiga criar novas formas de estar no mundo, de lidar com ele, tendo em si um novo suporte e aí sim mudar sua maneira de lidar com sua alimentação, com seu nutrir-se. O foco deve permear o “como” e não o “porque”, como esse sujeito está no mundo, se relacionando com ele.

É primordial para o profissional que atende a partir da Gestalt-terapia atuar de forma que ajude seu paciente a perceber seu sofrimento e suas fragilidades, trazendo de volta ao seu conhecimento forças internas que estavam esquecidas, fazendo com que ele tenha consciência de si próprio, inclusive quando se trata de questões relacionadas ao transtorno alimentar especificamente em mulheres decorrente da objetificação feminina.

Luczinski *et al.* (2019) discutiram a respeito do alto número de mulheres que chegam ao setting terapêutico sofrendo por uma espécie de “inadequação à própria pele”, tanto por dúvidas como escolha profissional, relações conjugais, escolha (ou não) da maternidade - entre demais conteúdos - quanto por motivos de insatisfação com o próprio corpo. Pensando a relação terapêutica gestáltica seguida de uma ideia de empoderamento dessas mulheres, cabe ao terapeuta ajudá-las a perceber seu modo de existir-no-mundo. É perceptível a exigência de uma sociedade que carrega bagagens de uma cultura com histórico patriarcal, e vem reduzindo mulheres a uma condição de inferioridade. Essa inferioridade tem mantido mulheres em situação de dominação e essas mulheres precisam ser acompanhadas e percebidas com mais atenção. Luczinski *et al.* (2019, p. 959) esclareceram:

Numa sociedade patriarcal, tende-se a menosprezar as necessidades das mulheres em relação às necessidades dos homens e, assim, as possibilidades femininas vão sendo “atrofiadas” por não serem reconhecidas e valorizadas. A relação terapêutica se mostrou uma grande aliada no processo de empoderamento feminino ao acompanhar o contato das mulheres com o contexto à sua volta, consigo mesmas e com suas possibilidades de atuação no mundo.

Seguindo o conceito existencial de Heidegger (2005), o de que a existência tem como principal significado o "ser si mesmo do homem", entende-se que a percepção que cada indivíduo tem sobre si mesmo estará sempre afetando e influenciando seu modo de entrar em contato com a realidade e seus posicionamentos referentes às situações vivenciadas. As contribuições teóricas da Gestalt-terapia, assim como suas bases filosóficas, dentre elas a fenomenologia-existencial, nos levam a pensar que os processos de empoderamento não são apenas individuais, mas sim relacionais, culturais/sociais.

METODOLOGIA

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA QUALITATIVA

Para este estudo foi adotada a abordagem qualitativa e o método de pesquisa bibliográfico, com intuito exploratório de compreender como a objetificação feminina impacta a autopercepção corporal de mulheres brasileiras com transtornos alimentares e descrever a relação entre esses transtornos e a objetificação feminina sob a perspectiva da Gestalt-terapia.

De acordo com Godoy (1995), os estudos denominados qualitativos têm como maior preocupação a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. O método qualitativo visa valorizar o contato direto do pesquisador com a temática a ser estudada, tendo como lugar de destaque a palavra escrita, tanto no processo de obtenção dos dados quanto na divulgação dos resultados. Diferente da abordagem quantitativa, a abordagem qualitativa não busca utilizar e analisar dados estatísticos, ao contrário, o método qualitativo não tem como propósito medir ou categorizar numericamente. Todo dado coletado deve ser analisado a partir de um processo dedutivo.

Turato (2005) afirmou que a pesquisa qualitativa geralmente é empregada nos estudos das Ciências Humanas, tendo como característica principal não a compreensão do fenômeno, mas dos significados que são atribuídos às experiências. A pesquisa é sustentada no estudo aprofundado de experiências que são vivenciadas e percebidas de forma única, já que um fenômeno é vivenciado de diferentes formas por pessoas diferentes.

A pesquisa bibliográfica baseia-se na análise da bibliografia, com o intuito de levantamento de dados de conteúdos que já foram produzidos a respeito do assunto que se pretende investigar. Os materiais encontrados e selecionados influenciam todo o desenvolvimento da pesquisa. Lakatos e Marconi (1992, p.43-44) explicaram que:

A pesquisa bibliográfica permite compreender que, se de um lado a resolução de um problema pode ser obtida através dela, por outro, tanto a pesquisa de laboratório quanto a de campo (documentação direta) exigem, como premissa, o levantamento do estudo da questão que se propõe a analisar e solucionar. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerada também como o primeiro passo de toda pesquisa científica.

A presente pesquisa se detém, então, unicamente ao método de pesquisa bibliográfica e abordagem qualitativa a fim de compreender como a objetificação feminina impacta a autopercepção corporal de mulheres, e para isso, foi feita uma coleta de informações e busca de diversos materiais como livros, artigos, revistas acadêmicas e dissertações.

Coleta do material e análise dos dados

Inicialmente foi feita uma pesquisa após ser definida a área de interesse a ser investigada. Foi observado, a partir dos materiais encontrados nessa primeira fase de busca, que a maioria das pessoas com transtornos alimentares apresentam uma condição limitada em relação aos seus sentimentos, subjetividade e ao seu próprio corpo. Percebeu-se, então, que além da necessidade de uma abordagem que entendesse e acolhesse essa insatisfação em relação ao próprio corpo, seria necessário investigar os aspectos culturais dos transtornos alimentares e tópicos referente a epistemologia feminista.

Para realizar a discussão dos achados bibliográficos, foram definidos dois eixos teóricos: 1) as teorias feministas, que têm como debate a luta contra o machismo e cultura do patriarcado, levando em consideração que a maioria das mulheres com transtornos alimentares se sentem objetificadas; e 2) a Gestalt-terapia, que tem como base o método fenomenológico-existencial com uma visão voltada ao adoecimento e em como empoderar essas mulheres, atentando-se para como trabalhar os seus sentimentos de maneira que possam se perceber dentro de suas infinitas possibilidades.

Tanto para a primeira parte da pesquisa quanto para a segunda parte, foram utilizadas as plataformas de busca bibliográfica através das bases de dados eletrônicos SciELO, PubMed, LILACS, ISI, PsycINFO, EMBASE, PePSIC e Google Acadêmico. Como estratégia de busca, na primeira parte da pesquisa, foram utilizados os seguintes termos: “objetificação feminina”, “transtornos alimentares”, “objetificação + transtorno alimentar” e “objetificação + saúde mental”. Após essa verificação uma nova pesquisa foi realizada, usando os descritores: “Gestalt-terapia + transtorno alimentar”, “Gestalt-terapia + feminismo”, “epistemologia feminista” e, por fim, “aspectos culturais dos transtornos alimentares”.

Foram selecionados apenas artigos que estivessem no idioma português e que eram especificamente relacionados aos transtornos alimentares e objetificação feminina. Foram excluídos da pesquisa os artigos que, embora se enquadrassem nos critérios de palavras-chave, fugiram ao tema proposto inicialmente e artigos cujo foco central não eram os transtornos alimentares mais comuns. Não foi utilizado filtro de data de publicação.

53 artigos foram encontrados durante a primeira busca, e destes foram selecionados 27 para, a seguir, passarem por uma breve leitura flutuante. Após leitura flutuante, avaliar os títulos e resumos, a fim de verificar se conteúdo trazido era mesmo interessante para a pesquisa em questão, foram selecionados somente 13 arquivos que eram relevantes para a pesquisa.

De 35 artigos encontrados, foram selecionados, a partir da segunda busca, 18 artigos a serem analisados, e as referências bibliográficas desses artigos foram revisadas a fim de encontrar outros artigos relevantes para a pesquisa. Em princípio foi realizada minuciosa leitura de cada trabalho selecionado com o objetivo de encontrar materiais adequados aos objetivos da pesquisa. Em seguida, novas leituras foram feitas a fim de analisar a relação entre aspectos trazidos por diferentes autores e como os mesmos relacionam os temas a serem investigados, além de averiguar se na literatura encontrada havia propostas de intervenções a serem realizadas.

Ao final da análise a partir dos mesmos critérios de exclusão que foram citados anteriormente, dos 18 que haviam sido analisados apenas 7 artigos foram utilizados. Além dos materiais que foram encontrados através das pesquisas aqui explicitadas, foram utilizados livros e artigos encontrados em bibliotecas.

UMA DISCUSSÃO CONCEITUAL ACERCA DA LUTA PELO PROTAGONISMO FEMININO

UMA QUESTÃO DE GÊNERO: A CONDIÇÃO DE SER MULHER E A ÉTICA DE PODER

Levando em consideração a concepção da ética de Spinoza de que cada corpo é dotado de um conatus, ou seja, de um esforço para preservar o seu próprio ser, compreende-se que nenhum corpo contribui para sua própria destruição, logo, esta é efetuada apenas por um outro corpo exterior. Os afetos surgiriam das afecções dos outros corpos sobre os nossos, sendo nossa potência diminuída ou aumentada (SPINOZA, 2007).

Para Spinoza (2007), a nossa mente em alguns momentos age, enquanto em outros ela padece. A medida em que temos ideias inadequadas nos tornamos cada vez mais incapazes de agir, assim como ao ter ideias adequadas, nos sentimos impulsionados a mover-nos.

Conforme nos posicionamos de forma passiva quanto as nossas relações com os outros e nós mesmos, o somos de corpo e alma, como já citado anteriormente. Sabe-se que é através do nosso corpo que percebemos, vivemos e experienciamos o mundo.

Ao passo que as mulheres sejam afetadas por afetos tristes, seu corpo também o será, principalmente quando falamos de mulheres objetificadas que buscam uma mudança para que sejam aceitas, o seu corpo também manifestará essa inadequação, e é necessário levar em consideração que o corpo das mulheres tem seu sentido construído cultural e socialmente.

Oliveira e Hutz (2010) discorreram sobre como as mulheres são vulneráveis aos ideais de beleza que são criados culturalmente. De acordo com os autores, as mulheres são pressionadas a partir de representações externas como desprezo e deboche a aderirem a esses ideais que são impostos. E ao ceder e aderir às imposições do padrão de beleza ideal, podem ser recompensadas com poder e admiração, por exemplo. Quando isso acontece, ao renunciar o contato com seu corpo real (OLIVEIRA, HUTZ; 2010) essas mulheres podem acabar perdendo a conexão com o seu eu interno, assumindo um modo de existir adaptativo, correndo o risco de perder suas individualidades.

De acordo com Boris e Cesídio (2007), ao se submeterem a tais exigências, as mulheres podem se perceber em um movimento de despersonalização. Compreende-se que a subjetividade é construída a partir do modo como nos relacionamos com as outras pessoas, além da forma como nos percebemos e vivenciamos essas relações. Ao se modificar, modificar seu modo de ser até mesmo por uma tentativa de mudar seus desejos, as mulheres podem não se reconhecer mais como indivíduo particular.

Ao compreender a epistemologia feminista a partir da ética de Spinoza, percebe-se que a potência intelectual está diretamente ligada ao momento em que as mulheres se percebem como um corpo objetificado e em uma relação de violência, que tende a torná-la menos potente, ou seja, pode-se caracterizar como um efeito de ideias inadequadas, assim como o surgimento de transtornos alimentares decorrente desses efeitos.

De acordo com a autora Pereira (2016, p. 29):

Quando somos afetados por relações (entre ideias, entre pessoas) que compõem com nossas próprias relações (nós somos sempre um conjunto de relações), tornamo-nos mais potentes para agir, mais próximos da nossa natureza, portanto, atingimos um grau maior de perfeição. Esse estado, segundo Spinoza, é a alegria, e, no caso das mulheres, torna-as capazes de perceber criticamente a moral sobre a qual as relações de gênero se estabelecem e através da qual até então representavam suas vidas. Essas relações de gênero passam a ser percebidas, desde a alegria, como relações que diminuem sua potência, porque são relações que as decompõem, que as afastam do que seria seu desejo próprio.

A realidade social aponta para a necessidade de observar como as relações são construídas e mantidas, para, então, tornar-se possível identificar o que precisa ser ajustado para alcançarmos um padrão de interação saudável para todos. Os padrões patriarcais decompõem as relações das mulheres, diminuindo sua potência. As relações amorosas que estes valores criam tendem a reduzir suas vivências afetivas a situações de exclusão, submissão, dependência e inferioridade, de tal forma que venham a se conformar como objetos, o que aniquila a sua potência enquanto humanas (PEREIRA, 2016).

Atitudes discriminatórias não são apenas atitudes discriminatórias em si, mas uma forma de demonstrar aprendizagens carregadas de valores vinculados ao social, ao político e econômico que se estendem a movimentos excludentes. Ao falar sobre os processos psicossociais da exclusão, Denise Jodelet (2011, p.53) afirma que:

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).

Quando se entende esse processo de exclusão dos diferentes, entende-se também o quão importante é a consolidação de uma subjetividade emancipadora, levando em consideração que não devemos apenas compreender e acolher as nossas diferenças e as dos demais, mas também desejá-las.

De acordo com Pereira (2016, p. 54), "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", ou seja, há um incessante sistema autoritário que vem produzindo ideias inadequadas, tornando mulheres submissas, presas a valores oprimentes, sendo condicionadas a permanecerem em relações de tristeza, e o intuito é romper com as crenças que impedem essa emancipação feminina.

O autor Sennett (1998) traz uma concepção de que as pessoas tendem a trocar intimidades a partir das personalidades que são apresentadas nas interações sociais, de tal forma que a comunicação acaba sendo estruturada numa dinâmica narcísica. Não se vê uma pessoa em um corpo, mas apenas um corpo. Não há um sujeito, há um corpo que serve para a competitividade e conquista masculina. Isso se dá como uma consequência de atos que cultuam o corpo feminino, especialmente o corpo magro. E é nessa busca obsessiva de alcançar esse corpo visto como perfeito, que algumas mulheres vem transformando seu estilo de vida.

O medo de engordar favorece com que as mulheres venham a realizar práticas arriscadas que possam contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares, como a realização de dietas extremas, práticas purgativas, e atividades físicas em excesso (OLIVEIRA, HUTZ; 2010). Entende-se, então, a partir da ética de Spinoza,

que em circunstâncias vulneráveis acarretadas por situações de violações de direitos como o machismo, não são apenas ações, mas repetições aprendidas durante a existência, além de haver uma busca enganosa em prol de satisfazer as necessidades do seu eu, logo, acarretando adoecimento psíquico.

UMA QUESTÃO DE GÊNERO: A CONDIÇÃO DE SER MULHER E A LÓGICA DO PODER

Ao falarmos de relações de gênero, automaticamente falamos também de relações de poder. Quando entendemos que, dentro de uma perspectiva patriarcal, mulheres e homens são criados e educados de formas diferentes, entende-se também que as relações existentes entre homem-mulher são relações desiguais.

Relações que mantêm as mulheres em um lugar de dominadas, enquanto os homens ocupam o lugar de dominadores. Assim como já citado anteriormente, os autores Bercht e Costa (2018) falaram a respeito de como as mulheres eram criadas para reproduzir, servir ao lar e ao seu “senhor”, ocupando um lugar de submissão aos seus maridos, que, ao contrário delas, eram instruídos a estudar, ter uma profissão e trabalhar.

A lógica de poder está atrelada a uma ideia de submissão, superioridade e servidão. Ao analisarmos historicamente, pode-se perceber que as situações de vulnerabilidade das mulheres foram sendo enraizadas ao longo do tempo. De acordo com Pereira e Timm (2017), o modo como as relações são estabelecidas socialmente envolvem posições de poder, posições nas quais os grupos com menor força simbólica são estigmatizados e marginalizados por ocuparem um “grau de menor importância na sociedade”.

Gonçalves (2018, p.62) explicou que:

O poder, no decorrer de toda a história humana, apresentou-se como forma de repressão. Desde os momentos em que respaldava ações erradas de líderes políticos, até as situações em que padronizava a grande massa populacional por intermédio de um estatuto moral, poucas vezes não dogmático.

Tal perspectiva nos dá a possibilidade de perceber e, ainda mais, de nos mobilizarmos contra os discursos de supremacia, que são terminantemente constrangedores a qualquer liberdade. Inclusive, à liberdade das mulheres de existirem com respeito aos seus corpos, aos seus desejos e de serem exatamente o que quiserem ser. A soberania é o poder absoluto e o poder compõe um fundamento repressivo. A lógica do poder tem como base a segregação, segregar aquilo que não atende aos padrões, aquilo que atende ao que é imposto e instituído pelos dominadores.

Ao discorrer a respeito da soberania, Foucault (1987) explicou que a mesma se fundamenta em relações de poder em que há um sujeito e um sujeitado, um dominado e um dominador. Com isso, entende-se que as situações de repressão são propagadas por relações em que um sujeito elege o que é o “certo e errado” e o “aceito e proibido” a partir de uma opinião própria, sem levar em consideração as opiniões do sujeitado. O verdadeiro significado do poder, portanto, se remete não a uma força física, mas principalmente às questões morais em relação ao outro, em relação às práticas de dominação que vem nos acompanhando durante muito tempo, práticas machistas, patriarcais e também racistas e homofóbicas.

Boris e Cesídio (2007) dissertam sobre a nova forma de existir das mulheres. Ao conseguirem seus direitos sociais, passaram a ser dominadas de uma forma diferente,

agora também pela mídia. Essa nova forma de dominação veio voltada à estética do seu corpo. As mulheres vêm conquistando sua independência financeira, porém, acabam sendo dominadas novamente com a banalização do seu corpo, corpo esse que é visto como mercadoria.

De acordo com Pereira e Timm (2017, p.68):

Um aspecto fundamental na construção da identidade é que ela não acontece de forma individual, “a identidade é um fenômeno que deriva da dialética entre o indivíduo e a sociedade”. Portanto o conceito de identidade envolve um aspecto tanto pessoal quanto social, na medida em que é compreendida como resultado de uma construção coletiva.

As autoras esclarecem que a identidade de muitas mulheres brasileiras fora alterada e influenciada pelo poder. Ou seja, as mulheres têm sido mudadas, os seus corpos têm sido mudados e os seus interesses também foram mudados. Até mesmo a forma como elas são percebidas, como elas se percebem e percebem o mundo ao seu redor tem sido determinada por construções históricas, sociais e culturais emergidas em posturas machistas.

Segato (2003) explicou que os corpos de mulheres, vítimas do machismo, não são apenas objetos sexuais definidos para marcar o poder masculino, mas também corpos considerados descartáveis e desprezáveis a partir de um contexto hegemônico. E é através dessas percepções que se pode abrir novos caminhos que proporcionem extinguir determinadas narrativas, a fim de estruturar e instituir a libertação de mulheres aprisionadas às relações de domínio por outrem só pelo fato de serem mulheres.

Assim como já foi citado anteriormente, para Spinoza o corpo pode ser afetado de diversas maneiras, fazendo com que sua potência seja aumentada ou diminuída. Quando há o aumento da potência de agir, têm-se uma potência criadora, mas, quando é ao contrário e essa potência é diminuída, têm-se uma potência de submissão. Quando falamos de homens constituídos a partir de uma visão hegemônica do gênero, seu nível de potência de agir é baixíssimo, esse homem tende à impotência, a um não-agir.

É necessário que essas mulheres possam refletir a respeito de suas relações, além de se perceberem com vínculos afetivos e sociais ativos, deixando de lado os significados que vêm trazendo de valores e crenças que as fazem crer que são vulneráveis, e que devem se manter submissas aos dominadores. Deve-se levar em consideração também o sofrimento psíquico que as relações de poder e de domínio trazem às mulheres que estão dominadas. Cabe à psicologia proporcionar que essas mulheres percebam novas formas de existir, além de buscar encontros efetivos que venham a contribuir com a independência dessas mulheres.

CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA E A ESCUTA PSICOLÓGICA

Para o feminismo o corpo das mulheres tem sido construído social e culturalmente. Desde o século XX, os padrões definidos para o corpo bonito e corpo feio já eram instituídos, além do jogo das relações sexuais em que mulheres são percebidas como objeto de consumo masculino.

Para a Gestalt, o corpo é muito mais do que apenas “um corpo”, não é somente uma parte ou uma casa para o “eu”, o corpo é o próprio eu. A Gestalt-terapia tem como principal objetivo fazer com que o indivíduo, apesar de todos os “deverias” que a sociedade o impõe, consiga se desenvolver como pessoa integral, com suas particularidades que são únicas.

Quando falamos em mulheres que estão em posição de objetificação, é possível entender que em uma tentativa de se integrar em uma sociedade cheia de imposições, que buscam atender os interesses de outrem. Essas mulheres podem acabar se entregando a uma existência mísera, submetendo-se a agir de acordo com essas determinações, mudando seu modo de existir e aderindo a novos métodos que as levem ao ideal de corpo projetado, deixando o que é real. De acordo com Perls (1988, p. 131):

A ideia da terapia Gestalt é transformar pessoas de papel em pessoas reais [...] E fazer o homem inteiro de nosso tempo vir à vida, e ensiná-lo a usar seu potencial inato [...] Todas estas ideias parecem muito pretensiosas, mas acredito que é possível que possamos fazer isto agora, que não temos que deitar no divã por anos, décadas e séculos sem mudanças essenciais [...] Nas décadas precedentes o homem da sociedade viveu para o que é certo, e fez seu trabalho sem se importar se realmente queria fazê-lo ou se era talhado para ele. Mas toda a sociedade estava regida e regularizada pelo “deveria” (shouldism).

O encontro entre a epistemologia feminista e a Gestalt se dá no momento em que as teorias Gestalt-terapêuticas se posicionam em uma tentativa de desconstrução do que já é estabelecido, uma sociedade que, assim como afirmou Perls (1998), está regida por muitos “deveria”, onde há também uma hierarquização, uma relação de superioridade entre homem-mulher. O feminismo vem caminhando em busca de uma autonomia feminina, dando lugar às suas potencialidades, enquanto a Gestalt tem como base uma proposta que vai ao oposto do comportamento normativo que, na maioria das vezes, domestica as potencialidades humanas.

Em uma tentativa de fortalecer a autonomia das mulheres, dentre todas as suas individualidades e particularidades, a Gestalt traz uma noção de pessoa livre das dependências e exigências externas. De acordo com Pereira, Timm e Gonçalves (2019, p. 57):

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.

O movimento feminista visa ir contra as formas de controle tradicionalmente exercidas por determinados grupos de interesse, seu propósito é não reproduzir esse modelo, cabendo, então, ao psicólogo, estar preparado para uma prática terapêutica acolhedora. Entende-se, então, que a clínica gestáltica, juntamente com o feminismo, contribuiu levando a psicologia a repensar sua forma de atuação, buscando ir contra uma escuta engessada e rígida, a fim de proporcionar autonomia ao profissional para trabalhar a potência criadora do paciente.

Assim como as autoras Luczinski *et al.* (2019) afirmaram, muitas mulheres chegam ao consultório com “inadequação à própria pele”, seria uma espécie de inadequação ao próprio corpo. Essas mulheres não se percebem como sujeitos singulares, não se reconhecem em suas atividades e em seus desejos. Cabe, assim, ao psicólogo estabelecer uma relação terapêutica consistente com a liberação da potência criadora dessas mulheres.

De acordo com Perls (1988), o principal objetivo terapêutico é perceber se o indivíduo está disposto a despertar de seu sonho e tomar parte em sua vida de forma efetiva, universal. Ou seja, de acordo com o autor a mudança não pode ser instituída, ela deve acontecer de forma natural, assim como o processo terapêutico também deve

acontecer de forma natural.

Para a Gestalt-terapia, todo evento mental tem sua repercussão no organismo (GALLI, 2009), as enfermidades podem estar tentando explicar algo sobre momentos e experiências dos indivíduos. Galli (2009) discorreu a respeito de como muitas vezes as verdadeiras causas atribuídas às doenças são na verdade psicológicas, e estão revelando as queixas e angústias existenciais que essa pessoa está enfrentando. A partir disso, quando falamos de mulheres com transtornos alimentares, entendemos que esses transtornos têm significados únicos e particulares, e que devem ser entendidos a partir, também, do contexto social em que elas estão inseridas. Esses transtornos surgem como uma queixa e um resultado em relação a angústia vivenciada por essas mulheres.

Ainda de acordo com Galli (2009, p. 68):

O conceito de cura que a Gestalt-terapia se propõe só pode ser compreendido a partir da concepção fenomenológica-existencial do ser humano. Esta concepção se opõe radicalmente ao controle, à manipulação ou à correção que representam saídas autoritárias e simplistas. [...] Somos profissionalmente tomados pela compulsão do "orientar", "do salvar", "do curar", "do educar" e com isso tiramos a oportunidade da pessoa encontrar seu próprio caminho. [...] Para nós, cura não é solucionar problemas, mas entrar em contato consciente com o sábio, que cada um tem dentro de si e, a partir daí, realizar o que este sábio decidir.

Vale ressaltar também que "uma verdadeira mudança dessa situação não se passa somente pelo nível individual, mas também através do nível coletivo" (PEREIRA, 2016, p. 137). É necessário que haja uma mobilização para a mudança das leis e práticas culturais de velhos modelos patriarcais e machistas.

Compreendemos que esse processo de cura e empoderamento não é algo individual, e sim relacional. Não se deve apenas focar o ato clínico na paciente, mas também nas dimensões sociais do que for trazido por ela, assim como questões políticas, sociais, religiosas e econômicas. Contextos sociais, políticos e culturais suplicam por olhares mais sensíveis a questões como essas.

A psicoterapia não acontece somente dentro do consultório, em um setting terapêutico, não se deve esquecer que é no - e com o - mundo que nos relacionamos, experimentamos e colocamos em prática aquilo que somos e o que aprendemos. Os temas trazidos por essas mulheres à clínica devem ser compreendidos, desconstruídos e ressignificados, proporcionando a elas uma nova forma de se perceberem, e um novo modo de perceber o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se expressa na possibilidade de se abrir horizontes e caminhos acerca da compreensão da auto percepção das mulheres em suas totalidades, trazendo então a dimensão da necessidade de que as mulheres possam viver suas subjetividades de forma efetiva. Foram realizados estudos referentes à concepção da imagem corporal de mulheres brasileiras, buscando perceber nessa concepção os vestígios de uma sociedade com histórico patriarcal sustentado por relações de poder.

Procuramos investigar qual o impacto causado na autopercepção corporal de mulheres com transtornos alimentares por conta da objetificação e como a Gestalt-terapia pode contribuir no processo de emancipação dessas mulheres frente às exigências de um mundo machista. Ainda que as hipóteses tenham sido confirmadas e que, sim, transtornos alimentares muitas vezes são desenvolvidos por conta da objetificação vivenciada pelas mulheres, é importante ressaltar a necessidade de levar

em consideração que as experiências são vivenciadas de forma singular, entendendo que os sujeitos vivem suas experiências de forma única e individual.

A fim de chegarmos a uma conclusão, alguns tópicos importantes para a pesquisa foram levantados, sendo eles: a necessidade de investigar o sofrimento psíquico que as relações de poder e de dominação trazem às mulheres e, a partir daí, compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para que mulheres alvo de objetificação possam passar por um processo de desconstrução das relações de poder preestabelecidas. Para tal, foi necessário identificar e caracterizar a objetificação feminina por meio da literatura feminista.

Entendendo que o(a) psicólogo(a) é o(a) profissional que tem como objeto de estudo os fenômenos psicológicos, a experiência de produção desse estudo nos levou a diversas reflexões. Foi possível repensar o papel da Psicologia e dos profissionais que atuam nessa área, no enfrentamento às imposições e exigências de toda uma sociedade machista, que ecoa não somente nos corpos femininos, mas também no modo como as mulheres existem e se percebem no mundo. Foi possível abordar os avanços da epistemologia feminista, verificando que diversas vezes as mulheres se recusam a lidar com as cobranças e os "deverias" que lhes surgem, de forma a abrir novos caminhos que venham a proporcionar a libertação dessas mulheres aprisionadas em relações de poder.

Levando em consideração que a insatisfação corporal é um dos primeiros sintomas para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, vale destacar a necessidade de que os demais profissionais de diversas áreas, áreas da saúde, estejam atentos aos perigos dos padrões de beleza atuais, que são impostos de forma violenta, a fim de projetar intervenções eficazes junto às mulheres. E a Psicologia, como ciência e profissão, cabe o dever de continuar intervindo e construindo estratégias que dêem visibilidade ao sofrimento de mulheres em situação de violência, com o intuito de ajudar a promover a sua emancipação em relação uma existência marcada pela submissão aos padrões patriarcais que ainda vigoram.

As autoras e o autor desse texto compreenderam que por diversas razões como cultura, política, história e economia, as mulheres têm experimentado muitas maneiras de compreender seus corpos. O intuito é que elas tenham liberdade e autonomia para se expressar e vivenciar seus prazeres e suas necessidades da forma como acharem necessário, sem a obrigação de estarem, a todo momento, se adequando aos modelos corporais que lhes são impostos.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 28-31, 2000.

BERCHT, Ana Maria; COSTA, Angelo Brandelli. **Objetificação e saúde mental**. XVII Seminário Corpo Gênero e Sexualidade. Universidade Federal do Rio Grande. https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/14381/2/OBJETIFICACAO_E_SAUDE_MENTAL.pdf, 2018.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; CESÍDIO, Mirella. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista mal-estar e subjetividade**, v. 7, n. 2, p. 451-478, 2007.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos alimentares-quadro

clínico. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina; tradução Maria Helena Kuhnner. **Rio de Janeiro: Bertrand Brasil**, 1999.

CARVALHO, Marianne Lima de; LIMA, Deyseane Maria Araujo. A Anorexia em Adolescentes Sob a Ótica da Gestalt-terapia: The anorexia in adolescents from the perspective of Gestalt therapy. **IGT na Rede**, v. 14, n. 26, p. 23-30, 2017.

COLLING, Ana. A construção histórica do feminino e do masculino. **Gênero e cultura: questões contemporâneas**, v. 1, p. 13, 2004.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro et al. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 3, p. 265-75, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

GALLI, Loeci Maria Pagano. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 59-71, 2009.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. A lógica do poder, a heteronormatividade e o racismo: o epistemicídio e a subalternidade como estratégias de repressão e de vulnerabilidade. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 1, n. 2, p. 59-82, 2018.

GONZALEZ, Gabriela Andrea Leite; SACOMANI, Junior; RONDINA, Regina. As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação como espelho e a imagem corporal. **Revista Subjetividades**, v. 14, n. 3, p. 383-394, 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Parte I. 15ª ed. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2005.

JODELET, Denise. Os processos psicossociais da exclusão. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**, v. 2, p. 53-66, 1999.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1992.

LOUREIRO, Carolina Piazzarollo. **Corpo, beleza e auto-objetificação feminina**. 2014. Dissertação de Mestrado.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes et al. Gestalt-terapia e Empoderamento Feminino na Relação Terapêutica: Reverberações a partir do Atendimento Psicoterápico entre Mulheres. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 4, p. 947-963, 2019.

MORGAN, Christina Marcondes; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André

Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, suppl.3, pp.18-23, 2002.

NUNES, Arlene Leite; HOLANDA, Adriano. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 14, n. 2, p. 172-181, 2008.

OLIVEIRA, Leticia Langlois; HUTZ, Cláudio Simon. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

PEREIRA, Ondina Pena. **Saúde mental, ética e política: Vidas dissidentes e práticas psicológicas contra-hegemônicas**. Paco Editorial, 2016.

PEREIRA, O. TIMM, F. **O amor em tempos de consumo**. Curitiba: CRV, 2017.

PEREIRA, Ondina Pena; TIMM, Flávia Bascuñán; GONÇALVES, Jonas Rodrigo.

Psicologia da diferença: por uma ética da Singularidade. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 49-62, 2019.

PERLS, Fritz. A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular da Terapia. 2ª. **RJ: Guanabara**, 1988.

POLTRONIERI, Taiara Scopel et al. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres do sul do Brasil. **Ciência & Saúde**; Saúde, v. 9, n. 3, p. 128-134, 2016.

SCHERER, Fabiana Cristina et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

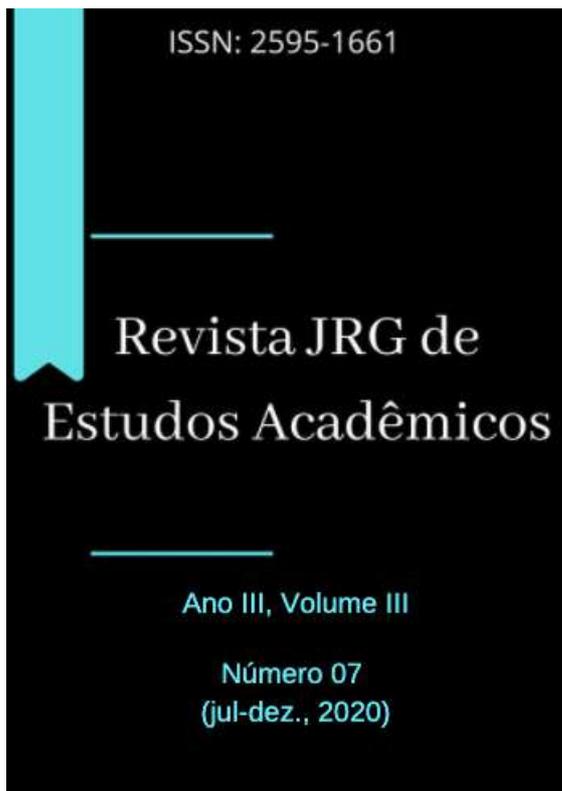
SEGATO, R. L. **Las estructuras elementares de la violencia**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética** (Tradução e notas de Tomaz Tadeu). **Belo Horizonte, Autêntica Editora**, 2007.

SILVA, Carla da. **ilva**. **Revista Direito em Foco, São Paulo**, v. 5, p. 2-9, 2009.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June, 2005.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **30/07/2020.**

Data de reformulação: **05/08/2020**

Data do aceite: **08/09/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4019123>

Publicado: **2020-09-08**

ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: CONDUTA DO FARMACÊUTICO

MISTAKES IN DRUG ADMINISTRATION: PHARMACEUTICAL CONDUCT

Alan de Souza Portela Passos¹

Guilherme Eufrazio Diniz²

Clézio Rodrigues de Carvalho Abreu³

Resumo

O artigo intitula-se por “equivocos na administração de medicamentos: conduta do farmacêutico”. Seu objetivo é apresentar os erros na administração de medicamentos e sua implicação na segurança dos pacientes, no formato de método, em revisão bibliográfica. O tema justifica-se devido ao fato de atualmente, ocorrer situações de má administração de medicamentos, e em muitos casos, as consequências são irreversíveis. Busca-se apresentar a implicação na segurança do paciente ao acontecer a má administração da medicação. O levantamento de dados ocorreu na base de dados Lilacs, Scielo e Bireme. Foram selecionados um total de 50 artigos para análise sucinta e criteriosa. Um total de 20 artigos foram descartados, por não possuírem os requisitos da pesquisa, que são artigos e teses com data a partir de

¹ Graduando em farmácia 8º período pela Faculdade Sena-Aires - FACESA, Valparaíso -GO.E-mail: alansouzaportela@gmail.com

² Graduando em farmácia 8º período pela Faculdade Sena-Aires, FACESA, Valparaíso-GO.E-mail: gui.meuton@gmail.com

³ Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica - UFSC; Especialista em Didática do Ensino Superior - FACESA; Possui graduação em Farmácia - FACESA (2009). Professor de Pós Graduação em Farmacologia Clínica; Tem experiência na área de Farmacologia Clínica, Gestão da Assistência Farmacêutica e Acompanhamento Farmacoterapêutico.

janeiro de 2014. Na coleta restou, um montante de 30 artigos, que foram apreciados como embasamento teórico para o desenvolvimento do artigo científico. Conclui-se que, o farmacêutico deve ser e estar o mais qualificado possível, por está atendendo um paciente que em muitos casos, já encontra-se debilitado em seu quadro patológico, e de fato, uma intoxicação com medicamentos agravaria o quadro do paciente.

Palavras-chave: Erros de Medicação. Equipe de Farmacêuticos e Segurança do Paciente.

Abstract

The article is entitled "Misconceptions in drug administration: pharmacist conduct". Its objective is to present errors in drug administration and their implication in patient safety, in the method format, in a literature review. The theme is justified due to the fact that currently occur situations of maladministration of drugs, and in many cases, the consequences are irreversible. We seek to present the implication in patient safety when the medication is mismanaged. The data collection took place in the Lilacs, Scielo and Bireme database. A total of 50 articles were selected for succinct and careful analysis. A total of 20 articles were discarded, as they did not have the research requirements, which are articles and theses dated from January 2014. In the collection remained, an amount of 30 articles, which were considered as theoretical basis for the development of the study. scientific article. It is concluded that the pharmacist should be and be as qualified as possible, as he is treating a patient who in many cases is already debilitated in his pathological condition, and in fact, a drug intoxication would aggravate the patient's condition.

Keywords: Medication Errors. Pharmacists and Patient Safety Team.

Introdução

Tem aumentado consideravelmente pesquisas e estudos relacionados à segurança do paciente e a incidência por erros de medicação tem propiciado discussões por parte dos interessados por ter tornado-se um caso de saúde pública.¹

Diante dos fatos, e a preocupação com a saúde do paciente, a Organização Mundial de Saúde criou no ano de 2004 o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esse programa trabalha com o pressuposto que todos os membros participantes devem tomar medidas para promover a saúde, dando foco para a qualidade da assistência oferecida nas unidades de saúde de todo o mundo.²

No Brasil essa questão por erros de medicação é preocupante e de acordo com pesquisas os casos têm aumentado bastante e com isso as publicações acerca dessas temáticas tem abordado diversas instituições brasileiras.³

A questão dos erros humanos ao paciente não é recente, entretanto, as investigações pela ciência da segurança está atrasada demasiadamente. Isso é nítido, vê-se poucos estudos e intervenções.⁴

Os profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentre outros, são formados para atuarem em busca da infalibilidade. Lidar com vidas humanas ainda é complexo ao tratar-se dos erros com medicação e procedimentos em geral nas organizações de saúde.⁵

Dando continuidade a essa temática, de acordo com o Ministério da Saúde, as instituições de saúde criam uma cultura de segurança, onde não são dadas punições, mas, os erros são notificados. É um compromisso institucional que visa a redução dos

erros humanos, essa iniciativa tem o objetivo de melhorar a segurança do sistema de utilização de medicamentos.⁶

Grande parte dos erros tem origem sistêmica, contudo, uma parte dos erros são oriundos dos comportamentos de riscos. Os erros são classificados de acordo com o tipo, existem os de origem de comportamento de risco, e devem ser abordados de forma diferente, podendo até serem tomadas medidas punitivas ou removê-lo da função ou quadro de do funcionários.⁷

É necessário criar um ambiente com clima organizacional não punitivo, mas, alertar ao profissional quanto às medidas de segurança ao paciente, que devem ser de total atenção, lembrando que o trabalho é com vidas humanas. O autor refuta que, ambiente não punitivo, não é significa que seja tolerado os erros. Devendo ser investigado casos reincidentes e ações propositais.⁸

O objetivo do projeto é apresentar os erros na administração de medicamentos e sua implicação na segurança dos pacientes, no formato de método, em revisão bibliográfica.

Método

A pesquisa é um estudo de caráter bibliográfico, com foco na revisão de literatura. O levantamento de dados ocorrerá na base de dados Lilacs, Scielo e Bireme, fontes conhecidas pelo rol acadêmico. Os descritores pesquisados são Erros de Medicação; Equipe de Farmacêuticos e Segurança do Paciente. A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados já citadas, e os critérios de inclusão, serão artigos e teses com data a partir de 2014 e com os descritores designados em tela. Os critérios de exclusão para a seleção, serão artigos anteriores ao ano de 2014 e não estarem publicados nas bases de dados da Lilacs, Scielo e Bireme. Foram selecionados um total de 50 artigos para análise sucinta e criteriosa. Um total de 20 artigos foram descartados, por não possuírem os requisitos da pesquisa, que são artigos e teses com data a partir de 2014 e que possuam os descritores designados em tela anteriormente. Restando assim, um montante de 30 artigos, que serão apreciados como embasamento teórico para o desenvolvimento do artigo científico.

Resultados

Para refinamento da presente pesquisa, designou-se os descritores para facilitar a busca, foram eles, “Erros de Medicação”, “Equipe de Farmacêuticos” e “Segurança do Paciente”. A busca foi nos periódicos da Lilacs, Scielo e Bireme. Os critérios de exclusão para a seleção, foram artigos anteriores ao ano de 2014 e não estarem publicados nas bases de dados da Lilacs, Scielo e Bireme. Foram selecionados um total de 50 artigos para análise sucinta e criteriosa. Um total de 20 artigos foram descartados, por não possuírem os requisitos da pesquisa, que são artigos e teses com data a partir de 2014 e que possuam os descritores designados em tela anteriormente, com isso, restou um montante de 30 artigos para uso no decorrer do projeto.

Tabela 1 – Percentual dos Periódicos

Periódicos	Quantidade
Scielo (Scientific Electronic Library Online)	10
Bireme	10
Lilacs	10

Fonte: autores (2020)

Conforme a tabela 1, conclui-se que nas bases dos periódicos foram realizadas as coletas e ao inserirem os critérios de exclusão, restaram as 30 amostras. Assim, como apresenta a tabela 1, na base da Scielo foram achados, 10 artigos e na Bireme, um total de 10 amostras, e na Lilacs, mais, 10 artigos. Foram usados os descritores designados anteriormente, para refinar o método de busca, e facilitar o processo.

Tabela 2- percentual do ano/publicação

Ano/Publicação	Quantidade	%
2014	10	60%
2015	5	10%
2016	5	10%
2017	5	10%
2018	5	10%
Total	30	100%

Fonte: autores (2020)

Foram designados que amostras com data de publicação fossem, a partir do ano de 2014, para que o projeto tenha dados atuais e recentes, para que a mensuração e concretização do projeto obtenha um maior êxito e consiga responder aos objetivos do artigo.

Tabela 3 – Percentual Descritores

Descritores	Quantidade	%
Erros por Medicamentos	10	33.3%
Equipe de Farmacêuticos	10	33.3%
Segurança do Paciente	10	33.3%
Total	30	99.9%

Fonte: autores (2020)

Na tabela 3, observa-se que os quatro descritores utilizados no refinamento da pesquisa, vem apresentar que nos 30 artigos utilizados ficaram bem distribuídos e com isso, a mensuração dos dados terá eficácia, em termos de conteúdo utilizado. Os descritores usados na pesquisa foram, “Erros por Medicamentos”, “Equipe de Farmacêuticos” e “Segurança do Paciente”, todos com um total de 10 artigos cada, que foram usados no decorrer das pesquisas.

Tabela 4 - Descrição dos estudos selecionados para a discussão Discussão

A Organização Mundial de Saúde tenta buscar uma padronização internacional para erros por medicação, entretanto, ainda está em processo de estudos e análises. De acordo com a mensuração dos resultados da pesquisa bibliográfica, os erros por medicação necessitam de uma maior atenção por parte dos líderes responsáveis e entidades governamentais, por ser de fato, um caso de saúde pública.⁹

Nesse sentido, temos o autor Silva (2017), que afirma que na grande maioria dos casos de erros com medicações, são evitáveis, independente se quem está sob o controle do medicamento é o profissional de saúde, o paciente ou o consumidor.

Acrescentando ao pensamento de Silva (2017), temos o autor Vieira (2017), que apresenta uma lista de erros que ocorrem comumente, são eles, relacionado à prática profissional, produtos utilizados no rol da saúde, métodos, falhas de comunicação e feedback, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

Vieira (2017), ainda acrescenta que os casos adversos preveníveis e potenciais relacionados aos medicamentos são oriundos por equívocos de medicação, e a probabilidade de prevenção é uma das diferenças entre as reações adversas e os equívocos de medicação. A reação adversa ao medicamento é tido como um caso inevitável, mesmo que reconheça-se a sua possibilidade de ocorrência, e os equívocos de medicação são, por tabela, preveníveis.

Durante a prescrição da medicação por parte do profissional, o erro clínico é definido como de decisão ou redação, tido como não intencional, podendo assim, reduzir a perspectiva do tratamento na sua eficácia, ou pode também aumentar o risco de lesão no paciente, ao ser colacionado os métodos clínicos instituídos e aceitos. (YU KH, 2015)

Já o erro de administração acontece ao existir o desvio no preparo e administração de medicamentos mediante a prescrição do profissional, e ocorre que não é seguido as recomendações ali estipuladas, sejam elas da instituição de saúde, do fabricante do produto, dos guias de manuseio e afins. (ROSA, 2019).

Em contrapartida Vieira (2017) ainda acrescenta que não há erro de medicação em situações em que o medicamento foi administrado de modo correto, independente se a técnica usada pelo profissional no momento, seja contrario à prescrição médica ou farmacêutica, ou até mesmo aos procedimentos da instituição de saúde.

Acerca das causas dos equívocos com medicação, Otero (2018) relata que o conhecimento duvidoso sobre os fármacos, sobre os pacientes, quando o profissional viola as regras, gerando uma gama de conseqüências, dentre elas, erros de transcrição, falha no feedback e na comunicação com outros setores, equívocos na contagem das doses, não atenção no monitoramento do paciente, não estocagem correta do medicamento e não observância no preparo e padronização do mesmo.

Segundo Vieira (2017), para um correto atendimento ao paciente, o profissional deve ter em mãos os seguintes dados, os demográficos, que trata-se de informações como idade e peso, e os clínicos, que trata-se de informações de cunho definitivo do tratamento, como histórico de alergias e confirmação de gravidez, e também é necessário ter informações básicas de monitoramento, como os sinais vitais e exames laboratoriais. Dados dos medicamentos que o paciente faz uso e estágio da doença, também são de grande valia.

Melo (2019) concorda com Vieira (2017) acima, ele apresenta que para diminuir

os riscos de erros que envolvem medicamentos é preciso que o sistema de informações seja ágil, disponibilizando ao profissional informações suficientes para a administração do fármaco seja eficaz. Lembrando que as informações devem estar atualizadas, seja por prontuário, protocolo e afins.

Nesse sentido, as falhas de comunicação, a falta de feedback entre os demais profissionais ou setores, são as causas importantes dos equívocos de medicação, de acordo com Marin (2015). Ele sugere que as instituições de saúde e os profissionais envolvidos tentem diminuir ao máximo os ruídos e empecilhos que dificultem o bom andamento do processo de comunicação, Marin (2015), sugere, por exemplo que sejam padronizadas formas de prescrição e as informações para facilitar o entendimento e todos possam atuar do mesmo modo.

Outro fator que propicia casos de erros de acordo com Vieira (2017), são alguns fatores externos, como por exemplo, do ambiente, caso tenha baixa/alta luminosidade, desorganização, equipe dispersa ou com falta de compromisso, carga excessiva de trabalho, barulhos, ruídos, falta de feedback entre a equipe, dentre outros fatores.

No requisito para evitar problemas com o medicamento em si, o autor Vieira (2017), aponta que os fármacos devem ter rótulos de fácil entendimento, principalmente se se tiverem nomes e pronúncias iguais. Assim, cabe às farmácias darem esse suporte ao consumidor. E quanto às organizações de saúde, fabricantes e laboratórios, a responsabilidade de atuarem em sinergia com todo o sistema, focando sempre a segurança do paciente.

Seguindo esse pensamento, o autor Galato (2018), vem ressaltar que é possível sim reduzir erros restringindo o acesso aos medicamentos que possuem um grau maior de perigo, que ficam, por exemplo, nos postos de enfermagem ou postos de dispensação da unidade hospitalar. O autor sugere seria viável utilizar sistemas de dispensação que disponibilizem o medicamento no momento do uso, evitando assim, erros de maior gravidade. Outra sugestão do autor, seria quanto ao uso de soluções injetáveis com concentrações padronizadas e já prontas para serem usadas.

Bolzan (2018) sugere também que dispositivos usados em procedimentos de infusão poderiam facilitar a ocorrência de erros ao terem seu forma/desing com fluxo livre para administração de fármacos intravenosos, sugere-se também conexões de tubos e cateteres compatíveis para administração de medicamentos intravenosos e dietas.

A educação dos profissionais, de acordo com Carrin (2015) é necessária e imprescindível para tentativa de redução de erros. O autor sugere que atividades educativas para apresentação de novos medicamentos ou equipamentos. É claro, estratégias para instrução de prevenção de erros.

Seguindo esse pensamento, Vieira (2017) relata que o paciente pode fazer um papel de observador quanto ao procedimento que está recebendo no momento do atendimento. Mas, para isso, o profissional de saúde deve explicar os medicamentos e procedimentos ao paciente para ele ter ciência, e assim, o paciente deve praticar o hábito de questionar sempre para que o profissional de saúde também trabalhe o diálogo sobre as medicações, procedimentos e tratamento.

De fato, quando o profissional de saúde tem em sua frente um paciente que tem conhecimento dos nomes e doses das medicações, procedimentos e tratamentos, sem dúvidas, reduz as chances de equívocos. (OTERO, 2016). E isso deve ser uma constante, deve-se trabalhar nessa premissa que ensinar aos pacientes a protegerem-se dos erros com medicações, procedimentos e afins. E como consequência tem-se uma promoção de saúde, qualidade de vida e o mais importante, a vida do paciente resguardada. (CARRIN, 2015).

O autor Otero (2016), afirma que é dever das instituições de saúde, e isso engloba as farmácias comunitárias e estabelecimentos com atendimento online precisam de sistemas para identificar, relatar, analisar e reduzir os riscos de erros de medicação.

Quanto às punições, o autor Carrin (2015), apresenta que a cultura não punitiva deve ser mantida, entretanto, deve ser divulgada para que sejam abertas discussões para soluções viáveis para os erros.

Estratégias de controle são interessantes para que a qualidade dos modelos de utilização dos fármacos sejam eficazes, no sentido de evitar lesões aos pacientes, assim, o autor Yu Kh (2015) enaltece que atitudes simples como duplos check de medicamentos potencialmente perigosos evitariam equívocos no procedimento da administração do medicamento.

No Brasil foi realizado um estudo abordando essa temática, na pesquisa o objetivo foi apontar a incidência de erros com medicamentos, durante o estudo em uma farmácia hospitalar foi observado os erros com maiores incidências. (MELO, 2019). Concluiu-se na pesquisa que os erros mais comuns são pela falta de comunicação entre os profissionais/setores, distrações no local de trabalho, uso indevido do celular, informações incompatíveis com a realidade, embalagens semelhantes, excesso de trabalho, questões de infraestrutura do ambiente de trabalho, erros na leitura de prontuário e histórico do paciente.

De acordo com o autor Portela (2017), os erros com medicação nas instituições de saúde brasileiras são as causas de mortes de aproximadamente oito mil pessoas ao ano, de acordo com o Instituto para Práticas Seguras do Medicamento. Outro dado publicado são que as falhas ou reações oriundas da má administração do fármaco correspondem à 7% dos motivos de internações nas unidades hospitalares.

Wong (2014), afirma que na maioria dos casos, os erros em si, são identificados quando o paciente apresenta efeitos colaterais ou reações adversas, ou seja, clinicamente. São notados tardiamente, deixando nítida as conseqüências do ato dos erros e riscos ao paciente.

Devido aos casos graves que ocorrem no âmbito hospitalar, as instituições estão preocupadas com a saúde do paciente, e estão investindo em estratégias de segurança ao paciente. Este modelo de segurança é abordado como a precaução de equívocos e a eliminação de agravos aos pacientes, provocados por estes erros. (SILVA, 2017)

Não obstante à isso, temos Ferraes (2017) enaltece que o sistema de medicação é de fato, muito complexo, é suscetível ao erro humano. Erros estes que vão desde prescrição, distribuição e administração dos medicamentos. E além disso, ainda tem os profissionais envolvidos durante as etapas nas unidades hospitalares como fator que envolvem todo o processo de medicação.

Albuquerque (2018) afirma também que essas etapas mencionadas acima são constituídas da seguinte forma, a prescrição de responsabilidade médica, dispensação de responsabilidade do farmacêutico, e da administração e monitoramento do paciente, de responsabilidade da equipe de enfermagem.

Ele ainda acrescenta que para essas etapas terem êxito é necessário estar aos procedimentos que são prescrições corretas (doses, horários, intervalos, duração), administração (diluições, aplicações, assepsia nas injeções, horários, alimentos concomitantes), aquisição (qualidade, boas práticas de fabricação), armazenamento (umidade, temperatura, tempo de validade) e dispensação. (ALBUQUERQUE, 2018)

No ocidente, o sistema jurídico atua para punir, em grande parte, apenas os profissionais, em suma, eles não observam os fatores que levaram ao ato em si,

apenas, punem, de acordo com a lei vigente, à luz de Ferraes (2017).

De acordo com Vieira (2015), os profissionais envolvidos nos casos de erros, atribuem os erros às falhas individuais, e de acordo com o autor, eles sentem receios em perder prestígio profissional e temem por exposição da mídia e órgão como CFM ou CFF. Ainda sobre os casos no Brasil, Silva (2017) afirma que ainda a fiscalização ou reparo de erros são mínimos, e normalmente são promovidas ações punitivas e individuais de repreensão, advertências verbais, notificações, vacância para outro setor e possíveis exonerações da instituição.

Conclusão

Conclui-se que de fato, o ser humano é suscetível ao erro, diante disto, o profissional farmacêutico, está inserido em um meio no qual ocorrem erros diversos, como citado pelo autor na discussão. O ambiente hospitalar é um meio que há uma equipe multidisciplinar trabalhando juntos e em integração, irrefutavelmente, os erros com medicamentos são inevitáveis, quando há informação incompleta acerca do paciente, com prontuários com informações incongruentes, ou quando o próprio farmacêutico transgredem as leis ali no ambiente, também há casos em que há de fato, o esquecimento, distração, falta de monitoramento do quadro do paciente para constar possíveis efeitos colaterais, em fim, faltas diversas que ocorrem diariamente no ambiente farmacêutico. Observou-se com a mensuração dos dados que, o profissional deve ser e estar o mais qualificado possível, pois está atendendo um paciente que em muitos casos, já encontra-se debilitado em seu quadro patológico, e de fato, uma intoxicação com medicamentos agravaria e muito o quadro do paciente. Sendo assim, este projeto alcançou os objetivos designados em tela, concluindo assim, com êxito a concretização do artigo científico. Este projeto é indicado para todos os acadêmicos dos cursos na área da saúde, por apresentar a grande relevância.

Referências

Albuquerque, V. M. T. Avaliação de Indicadores de Medicamentos: Importância para a Qualidade na Prescrição Médica. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, São Paulo, v. 2 n.3, p. 31 -35, 2018.

Angelucci M. E. M. Riscos da automedicação. Publicação do projeto de extensão "Riscos da Automedicação" do Departamento de Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, 2014.

Bolzan M. H. Intervenções farmacêuticas para uso racional de medicamentos. Rio de Janeiro, 2018.

Bortolon P. C. 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. 2017.

Brasil. Conselho Federal De Farmácia. Resolução 357, De 27 De Abril De 2001. In: Conselho Federal de Farmácia. A Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, 342 p.

Carrin, G. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin

of the World Health Organization, Geneva, v. 86, n. 11, p. 857-863, 2008. CFF. XV Encontro Paulista de Farmacêutico. Farmacêutico do futuro. Revista do Farmacêutico. Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Abr./Mai. 2015, n. 121.

Costa, LA, Valli C, Alvarenga AP. Medication dispensing errors at a public pediatric hospital. Rev Latino-am Enfermagem. 2018;16(5):812-7. 37. Barker KN; Allan EL. Research on drug-use-system errors. Am J Health Syst Pharm. 1995;52(4):400-3.

Ferraes, A. M. B. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná. Londrina, 2017.

Galato, D. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol.44, n.3, jul./set., Tubarão, 2018.

Marin, N. Assistência Farmacêutica Para Gerentes Municipais. Rio De Janeiro: OPAS/OMS, 2015.

Melo, A. C. Atenção farmacêutica hospitalar - resultados dos acompanhamentos no Hospital da Baleia - BH - MG. Revista Espaço para Saúde, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, 2014. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Taxonomy of medication errors – 2019 [on line]. [cited 2001 Nov 19] Available from: <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.htm>.

Otero, López MJ, Castaño Rodriguez B, Pérez Encinas M, Codina Jane C, Tamés Alonso MJ, Sánchez Muñoz T. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2016. Farm. Hosp. 2018;32(1):38-52. 34.

Portela, A. S. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.21, n.2, p.347, 2017.

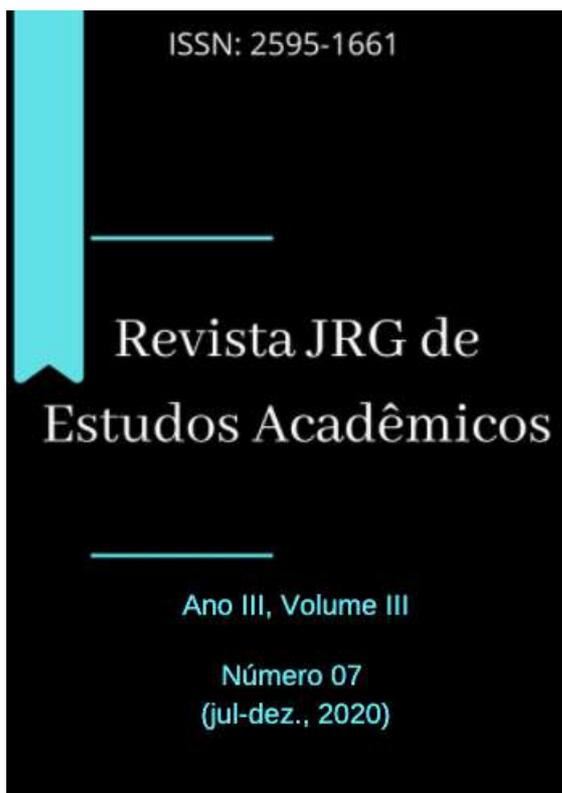
Rosa, MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. Rev. Saúde Pública 2019. 6(43): 490-8.

Silva, A.E.B Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm., Goiânia, v.20, n.3, p.272-276, 2017.

Vieira, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Wong A. Os usos inadequados e os efeitos adversos de medicamentos na prática clínica. Jornal de Pediatria. Porto Alegre, v. 79, n. 5, 2014.

Yu Kh, Nation RL, Dooley MJ. Multiplicity of medication safety terms, definitions and functional meanings: when is enough? Qual Saf Health Care. 2015; 14(5):358-63.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/06/2020.**

Data de reformulação: **05/08/2020**

Data do aceite: **02/09/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4024298>**

Publicado: **2020-09-11**

**A TEORIA DA CONFORMIDADE SOCIAL E A INFLUÊNCIA DO PERFIL DE
AUTORIDADE NA PERSUASÃO DO VOTO ELEITORAL**

*THEORY OF SOCIAL CONFORMITY AND THE INFLUENCE OF THE
AUTHORITY PROFILE ON THE PERSUASION OF ELECTORAL VOTING*

André Felipe Rosa¹

Resumo

Estudos e experimentos da psicologia social, segundo a visão de Asch (1951) sugerem que os indivíduos tendem a imitar o padrão de comportamento em um dado núcleo que tenha uma maioria refletindo sobre o mesmo objeto. Mesmo raciocinando contrariamente, essas pessoas tendem a mudar a sua opinião em razão do grupo. A esse grupo Milgram (2009) também reflete sobre o perfil de autoridade neles presentes, na qual induz os pesquisados a seguir um perfil de influência na formação das suas escolhas e respostas. Não obstante, segundo uma análise política psicológica, aponta para uma influência de grupos que nele tenha atores que exercem uma certa autoridade, tal como os líderes religiosos, na figura da igreja, que podem persuadir os seus seguidores através da explicação desta teoria. Esse conformismo social também reflete a vontade de não se evidenciar em exposição ou vulnerável a maioria. Seguindo essa linha da

¹ Cientista político graduado pela Universidade de Brasília, especialista em relações institucionais pelo Ibmec/DF e mestrando em psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2319-113X>. E-mail: andrecpol@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3361155786236088>

psicologia social, este artigo irá explorar os pleitos eleitorais através da influência de líderes religiosos e locais na persuasão do voto eleitoral.

Palavras-chave: Conformismo social. Influência Social. Influência do perfil de autoridade. Eleições. Opinião Pública. Igreja Universal

Abstract

Studies and experiments in social psychology, according to the view of Asch (1951) suggest that individuals tend to mimic the pattern of behavior in a given nucleus that has a majority reflecting on the same object. Even if they reason against the contrary, these people tend to change their opinion on the grounds of the group. This Milgram group (2009) also reflects on the authority profile present in them, in which it induces those surveyed to follow a profile of influence in the formation of their choices and answers. Nevertheless, according to a psychological political analysis, it points to an influence of groups that have in it actors who exercise a certain authority, such as religious leaders, in the figure of the church, who can persuade their followers by explaining this theory. This social conformism also reflects the desire not to show up or vulnerable the majority. Following this line of social psychology, this article will explore electoral elections through the influence of religious and local leaders in the persuasion of the electoral vote.

KeyWords: Social conformism. Social influence. Influence of authority profile. Elections. Public opinion, Universal Church.

Introdução

Este artigo tem como problema de pesquisa compreender como o perfil de autoridade do Bispo Edir Macedo, maior líder religioso da Igreja Universal do Reino de Deus, conseguiu influenciar uma massa de fiéis de cunho evangélico a votar no candidato do PSL, Jair Bolsonaro, nas eleições presidenciais de 2018 no Brasil.

Para explicar esse fenômeno, será adotado como modelo teórico do estudo a teoria da conformidade social, na figura de Aroldo Rodrigues e colegas, na qual descrevem uma série de experimentos relacionados a persuasão a partir de uma figura que tenha poder de autoridade sobre os indivíduos. Agregado, também serão aplicados ao objeto de estudo a teoria de grupos, para explicar como a agenda do voto é influenciada a partir de agrupamentos religiosos.

O objetivo geral desse estudo é compreender o comportamento político do eleitor evangélico no âmbito da Igreja Universal do Reino de Deus. Constituem os objetivos específicos a aplicação da teoria da conformidade

social, que será melhor explorada no marco teórico, e a análise do comportamento, na visão de Todorov (1982) e Matos (1993).

Apesar do pioneirismo da proposta, destaco como deficiência da pesquisa a escassez de alguns dados face as eleições que ocorreram a pouco mais de um ano, não tendo ainda uma gama expansiva de dados e teorias aplicadas.

Análise do comportamento

De acordo com Todorov (1982) a análise do comportamento não pode ser limitada a análise experimental do comportamento, para ele, a análise do comportamento tem raízes a partir de um posicionamento behaviorista apontado por Skinner por razões de cunho histórico e não meramente lógico. Segundo o autor, em sua obra ele aponta Skinner como ser que constatou de que há ordem e regularidade no comportamento.

Em seus estudos levanta a ideia de que a cientificidade do estudo do comportamento humano se aperfeiçoa a partir do momento em que as relações entre circunstâncias e comportamento se consolidam, tendo relações entre circunstância e comportamento de forma mais precisa.

Em algumas premissas relacionadas a Skinner e o comportamento, Todorov (1982) relança o que ele diz ser a psicologia como o estudo da interação entre organismo e ambiente. Em outra citação de Skinner, Todorov (1982) reproduz a frase na qual diz que os homens agem sobre o mundo, podendo modifica-lo e também ser modificado em consequência da sua ação.

Todorov (1982) acredita que a chave central do comportamento está na causalidade entre estímulo e resposta. O estímulo seria, nesse caso, a variável dependente, e a resposta, como variável independente, seria o output do comportamento humano. Para ele, o ambiente é chave nesse processo, sendo o ambiente uma parte do estímulo. É nessa relação entre ambiente como causador de diversos estímulos que irá conversar com teoria da conformidade social, que será apresentada em um capítulo próprio, de forma a tentar consolidar uma teoria que junte cognitivismo, muito em parte por essas respostas mentais de comportamento serem efeitos de um meio social na qual as pessoas estariam inseridas e o comportamento político a partir da influência de grupos, na qual um grupo social teria influência no processo de escolha eleitoral e persuasão do voto.

Para a identificação de relações funcionais, o analista do comportamento se utiliza do conceito de contingência como instrumento. O termo contingência é empregado para se referir a regras que especificam relações entre eventos ambientais ou entre comportamento e eventos ambientais. (TODOROV, Cláudio, p 7, 1982).

A ideia do artigo é reunir estudos da psicologia social, no que se refere a teoria de grupos junto a análise do comportamento, para poder especificar melhor como o cognitivismo construído a partir de estímulos ambientais nas quais os eleitores evangélicos estão inseridos, moldam o seu comportamento ao passo que ao se reunir em grupos, influenciam membros que emitem opiniões contrárias ao próprio pensamento.

Teoria de grupos e a conformidade social

Para compreender como se chegou a conclusão da teoria da conformidade social, uma eventualidade de experimentos sociais foram utilizados para pesquisar de que forma as pessoas se comportam em grupos e como esses grupos influenciam nas decisões e escolhas dos indivíduos. Talvez o experimento que tenha mais influenciado a engenharia teórica deste paper consiste no experimento de Sherif (1935).

Sherif (1935) realiza um experimento que pesquisa o fenômeno de sustentabilidade à influência de outrem. A metodologia, segundo o autor, era básica, na qual solicitava aos integrantes do experimento que estimassem a distância percorrida por um ponto de luz que se moveria em um local com pouca luz e bem escuro. O ponto luminoso era estacionário, e se utilizava de uma ilusão chamada de efeito autocinético.

A ideia é considerar um ponto luminoso sem pontos de referência em uma sala de pesquisa com inexistência de luz, daí as pessoas ficam com a ilusão de que o ponto luminoso se move em diversas direções. O fenômeno poderá ocorrer com todos os participantes, entretanto, a reflexão acerca da distância percorrida pode variar de indivíduo para indivíduo.

Um dos experimentos de Sherif me chamou bastante a atenção para compreender a influência persuasiva dos grupos na decisão dos indivíduos. Sherif agregou um grupo de indivíduos, sendo 1 deles aliado do entrevistador,

em uma sala com inexistência de iluminação. O mesmo foi feito sem a presença desse aliado. No que se refere a pesquisa realizada na presença do aliado do experimentador, o sujeito pesquisado releva que o ponto luminoso havia movimentado algo em torno de 20 centímetros. Entretanto, o aliado do experimentador declarava que em sua opinião o ponto se havia se deslocado por cerca de 1 metro.

Sherif concluiu sobre uma inclinação à aproximação das respostas realizadas pelos pesquisados serem mais próximas das declaradas pelo aliado do pesquisador. O mesmo fenômeno também ocorria quando dois sujeitos eram colocados a só e, em seguida, em conjunto, e solicitados a realizar essa mesma tarefa. Quando os julgamentos eram feitos na presença de outrem, notava-se uma convergência das avaliações no sentido de atingirem uma norma aceita por ambos, que era então adotada nos julgamentos posteriores. O experimento realizado com outro grupo, sem a presença do aliado do entrevistador, ilustra a boa aplicação desta teoria. Quando os indivíduos eram alocados sem a presença desse influenciador, as pessoas tenderiam a convergir seriamente com relação a veracidade de suas impressões.

O experimento de Asch

A teoria da conformidade se contempla nos experimentos de Asch. Para construir a sua teoria, Asch utilizou como experimento uma série de estímulos. O estímulo consistia nos participantes falarem em qual das três linhas que apareciam no local mais se aproximava do tamanho de uma linha padrão a esquerda (Asch, S. E., 1951).

No entanto, o ponto alto do experimento consiste em, no sujeito pesquisado, ele era colocado em uma posição em que os outros participantes emitiam uma opinião anterior diferente da dele, mesmo totalmente errada, para seguir o grupo, o entrevistado tenderia a mudar a sua opinião, salientando uma opinião semelhante à dos outros integrantes do grupo que responderam anteriormente. (Asch, S. E., 1951).

Nesse experimento Asch chegou a tais conclusões: a) distorção da ação: apesar de perceberem que a maioria do grupo estava errando a resposta, o pesquisado não tinha coragem de ir contrário ao pensamento do grupo, emitindo respostas semelhantes. B) distorção do julgamento: os indivíduos passavam a duvidar das suas próprias impressões e por essa razão tenderiam a seguir a opinião que fosse unânime. (Asch, S. E., 1951).

Os julgamentos, as diferenças entre os sujeitos críticos em suas reações ao dadas as condições foram igualmente impressionantes. Havia sujeitos que permaneceram completamente confiante por toda parte. No outro extremo foram aqueles que ficaram desorientados, cheios de dúvidas, e experimentado um impulso poderoso para não parecer diferente da maioria. (Asch, S. E. 1952)

Stanley Milgram (2009) realizou uma série de estudos e experimentos que buscou dissociar um pouco das ideias de Asch e Sherif, que defendiam a influência dos grupos sobre a decisão dos indivíduos. Milgram tenta identificar como a figura da autoridade estimula as pessoas a seguirem as suas ideias. Para que o estudo fosse realizado, Milgram submeteu um pesquisador, um assistente que já estava com ele combinado e um participante escolhido para realizar o estudo. O estudo consistia em realizar uma aplicação de choque em uma pessoa que participava de forma combinada com o experimentador. Então, o teste consistia em avaliar os conhecimentos de um participante fake e, a cada resposta errada dele, o sujeito pesquisado deveria aplicar uma descarga de 15 volts, até uma sequência de botões que aumentava de 15 em 15, até chegar a 450 volts.

No primeiro momento, o pesquisador se colocava como um profissional comum. A cada erro, o sujeito que levava o choque gritava de dor, levando a pessoa que participava da pesquisa atenuar os choques, não obedecendo as ordens do pesquisador para aumentar os choques tendo em vista o sofrimento que estava aparentando o sujeito. Entretanto, quando o pesquisador se colocava como uma pessoa de status ou poder, a vítima aumentava a descarga elétrica toda vez que o pesquisador solicitava. Através disso, Milgram descobriu que as pessoas depositavam a consequência ou a responsabilidade no pesquisador que tinha uma figura de autoridade, não sentindo mais tanta pena do objeto estudado que levava os choques.

Os resultados de Milgram (2009) apontam para uma “atitude inadaptada de conformidade e obediência à autoridade”. O que nessa perspectiva poderia atenuar para os participantes as consequências da ação do eletrochoque, fazendo-os pensar que jamais uma pessoa com perfil de autoridade poderia indicar uma escolha falha.

A partir da discussão teórica acerca da teoria de grupos e dos experimentos que apontam a tendência para a submissão a autoridade, é possível explicar como as lideranças religiosas influenciam os fiéis no âmbito dos templos religiosos para votarem no candidato de sua escolha.

A partir da discussão teórica, é possível explicar como a influência da conformidade de grupos que fazem parte de templos religiosos influenciam na escolha do voto. A ideia é cruzar a influência da autoridade de líderes religiosos sobre os fiéis numa perspectiva de Milgram, e reforçar essa influência através do grupo que faz parte desses templos religiosos, uma vez que a autoridade do líder e os integrantes do núcleo religioso, ambos são influentes no processo de persuasão de uma ideia, nesse caso, o voto.

Metodologia

Estudo teórico, de revisão bibliográfica e natureza aplicada a uma realidade, utilizando da teoria da conformidade social e da análise do comportamento para explicação do voto em Jair Bolsonaro em 2018. Para isso, foi adotada a 27ª Edição da Revista ampliada de psicologia social para buscar experimentos que compreendesse a teoria de grupos e do perfil de autoridade.

Nesse material foi testado o modelo do perfil de autoridade, experimento realizado por Milgram (1975) e da teoria de grupos, explorado por Asch (1946). A Análise do comportamento entra na pesquisa com o referencial teórico de Todorov (1982) e Matos (1993) para dar sustentação ao ambiente gerador de estímulos e respostas cognitivas que transcorrem em comportamento político e eleitoral.

Discussão

De acordo com Aroldo Rodrigues e colegas (2009) o fenômeno de influência social é cada vez mais comum, dentro de um ou vários

relacionamentos interpessoais. Segundo esse teórico, de uma forma contundente, a psicologia social enquanto objeto de estudo envolve alguma narrativa de influência social. Conforme experimento de Asch (1946) no que refere-se a influência de várias pessoas pensando de forma semelhante, a teoria da conformidade social ajuda a compreender de forma aplicada como ela influencia eleitores neutros ou com perfis oposicionistas a pensar de maneira de maior aproximação com o grupo. Isso quer dizer, de uma forma ou de outra, que nas eleições a racionalidade do voto nem sempre é contundente, afinal, os eleitores não querem se indispor dentro dos seus agrupamentos sociais, tampouco no seu meio ambiente.

Aroldo Rodrigues *et al* (2009) concluem que exaustivamente as pessoas tentam influenciar as outras e sendo também por elas influenciados. Ou seja, nosso comportamento eleitoral, compreendendo a ideia de Rodrigues e colegas, pode se inferir em grande parte sendo construído a partir da influência da maioria. Como o teórico mencionou no experimento de Asch (1946) as pessoas não querem se indispor com as demais e, as vezes, esse grau de influência pode fazer com que as pessoas se confundam com o seu próprio pensamento, colocando em cheque, talvez, a própria racionalidade do objeto refletido.

Tal como aponta Todorov (1982) os estímulos recebidos no ambiente social refletem respostas, ou seja, comportamentos a partir do espaço geográfico e de inserção social. Acredito ser possível unir teoria de grupos com a análise do comportamento, tendo em vista que embora fale de sutilezas diferentes (cognitivismo vs comportamentalismo), ambas sofrem influência em um espectro comum: o meio ambiente.

Matos (1993) salienta que para Skinner o comportamento humano não é necessariamente estímulo respostas, mas uma unidade que interage entre comportamento e ambiente. Nesse sentido, tento entender de que maneira a análise do comportamento explica como esses esforços cognitivos entre ambiente e comportamento formam comportamentos políticos. Entretanto, apenas a análise do comportamento não é suficiente, o grande ponto teórico de fato, é estruturar a partir de outros dois experimentos que foram elucidados por Aroldo e colegas na 27ª Edição e revista ampliada de Psicologia Social, qual menciona o experimento de Milgram e de Asch.

Nesse sentido, meu ponto de aplicação é testar as teorias mencionadas para explicar a persuasão do voto em Jair Bolsonaro no âmbito da Igreja Universal do Reino de Deus, sobre os fiéis, na figura de autoridade de Edir Macedo. Especificamente, como bem mencionado no marco teórico, como o experimento de Milgram explica a obediência dos integrantes da igreja a votar em Bolsonaro para as eleições presidenciais de 2018 no Brasil. (Milgram, E., 2009).

Apesar da relevância teórica do experimento de Milgram, que relaciona a figura de autoridade a obediência, é importante incorporar o teste de Asch, na qual os integrantes desse grupo religioso irão se comportar, vindo um poder de obediência, em ajudar a disseminar a persuasão por Jair Bolsonaro. Ou seja, Edir Macedo, com o poder de agenda e ou, imposição da obediência, pauta esses grupos menores, e esses grupos menores formam um novo núcleo de disseminação da persuasão voto pela opinião da maioria. Agregada a essas teorias, a análise do comportamento irá apoiar de forma sutil na junção da teoria política com a psicologia social para explicar as eleições de 2018. (Milgram, E., 2009).

Resultados

Em primeiro de outubro de 2018, véspera das eleições, o líder da Igreja Universal do Reino de Deus, na figura do Bispo Edir Macedo, declara apoio à candidatura política de Jair Bolsonaro, durante transmissão ao vivo a partir do seu facebook. Durante esse período, dado o interesse do religioso, em debate da TV Globo, na qual Bolsonaro se recusou a ir, o Bispo anunciou uma entrevista com o candidato Jair Bolsonaro no mesmo horário do debate, dividindo a audiência da Globo e, por outro lado, estimulando os evangélicos de forma instrumental a seguir o caminho do candidato do PSL.

Dantas (2009) chama atenção ao fato de que a religião induz comportamentos conformistas e de certa forma alienantes aos fiéis. Na visão de Dantas (2009) o conformismo religioso desmobiliza as pessoas ao passo que transfere para Deus a responsabilidade política.

A partir do estudo de Dantas é possível perceber a aplicação da teoria ao ponto que o fato de existir um perfil de autoridade, nesse caso de cunho religioso,

retira qualquer racionalidade do voto ao ponto que transfere para Deus a responsabilidade e consequências dessa escolha. Nesse caso, reforço ainda mais a minha ideia central do convencimento de Edir Macedo frente a massa de fiéis para votar no candidato eleito, Jair Bolsonaro. Indo mais além, essa influência pode ser que tenha gerado um efeito cascata nas demais igrejas evangélicas, algo que será investigado em um futuro estudo científico, no viés da psicologia política, através da teoria psicossociológica do voto.

Aplicando a teoria da conformidade social, o Bispo Edir Macedo utilizou do seu perfil de autoridade, tal qual Rodrigues e Colegas (2009) apontam na 27ª Edição da revista de Psicologia Social em 2009, na qual explicam o experimento de Milgram - estudo este realizado em 1975, para influenciar a massa de fiéis a tipologia do voto.

De acordo com esse experimento, o perfil de autoridade tem o poder de obediência e, aplicado às eleições presidenciais, Macedo utilizou de sua influência para pautar a igreja, talvez uma das maiores do mundo em número de fiéis - algo a se investigar em futuros estudos -, e, através dessa influência, os fiéis começaram o processo de engajamento da persuasão do voto a partir dos diferentes agrupamentos que se formam dentro de uma instituição religiosa.

Em minha visão esta teoria se aplica como um fio condutor, que vai da influência do perfil de autoridade, para a disseminação intergrupos. Lembrando que nem todos os grupos são interligados, embora recebam a mesma influência, podendo ser em graus diferentes. A esse que chamo de fio condutor, vem a segunda parte da aplicação da teoria. Nessa parte, como já bem elucidada na discussão do experimento, vale destacar o experimento de Asch (1946), explicado por Rodrigues e colegas (2009). Findada a influência da autoridade, os grupos no interior das igrejas começaram a se mobilizar e a convencer aqueles eleitores indecisos e, através da opinião pública da maioria, esses fiéis tiveram a tendência em se multiplicar cada vez mais na campanha de Bolsonaro. Como já havia uma maioria formada pelo viés de autoridade, essa disseminação dentro dos grupos apenas se multiplicou no que se refere aos indecisos.

Nesse sentido, como explicado por Todorov (1982), é possível relacionar ao que ele chama de estímulos – nesse caso o recebido pelos fiéis no núcleo do seu meio ambiente; e resposta, que seria o comportamento, que nesse caso se

refletiria no voto consolidado nas urnas eletrônicas de votação em Jair Messias Bolsonaro. Ou seja, os resultados da pesquisa foram contundentes para explicar a construção do processo de formação de preferência política do eleitor pelo então presidente eleito nos templos religiosos da Igreja Universal do Reino de Deus.

Consideração finais

Concluo com esse artigo que a teoria da conformidade social é um modelo eficiente de percepção das escolhas eleitorais. A esse fio condutor que passa do campo da autoridade para o campo das massas, disseminando em ideias e comportamentos políticos, é possível compreender e analisar a estrutura do voto eleitoral de um ângulo bem específico.

O estudo careceu de algumas fontes dada as eleições que ocorreram a pouco tempo; por outro lado, esse artigo será pioneiro para explicação do último pleito presidencial por essa teoria que em muito enriqueceu o artigo.

Talvez fosse preciso em um determinado estudo explorar a capilaridade dos centros pentecostais nas regiões do Brasil e o impacto da influência no comportamento político e eleitoral dos indivíduos. Por outro lado, este estudo já é um avanço do ponto de vista acadêmico de tentar explicar o fenômeno do voto a partir de uma teoria moderna, algo que a classe dos cientistas políticos ainda carecem de maior envolvimento. De fato, trazer a teoria política para a análise do comportamento, apoiada na psicologia social, mostrou que o estudo do voto é cada vez mais complexo e, quanto mais tentamos compreendê-lo, mais carecemos de diferentes teorias para uma explicação robusta e científica.

Referências

Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgment. In H. Guetzkow (ed.) *Groups, leadership and men*. Pittsburgh, PA: Carnegie Press.

Asch, S. E. (1952). Group forces in the modification and distortion of judgments.

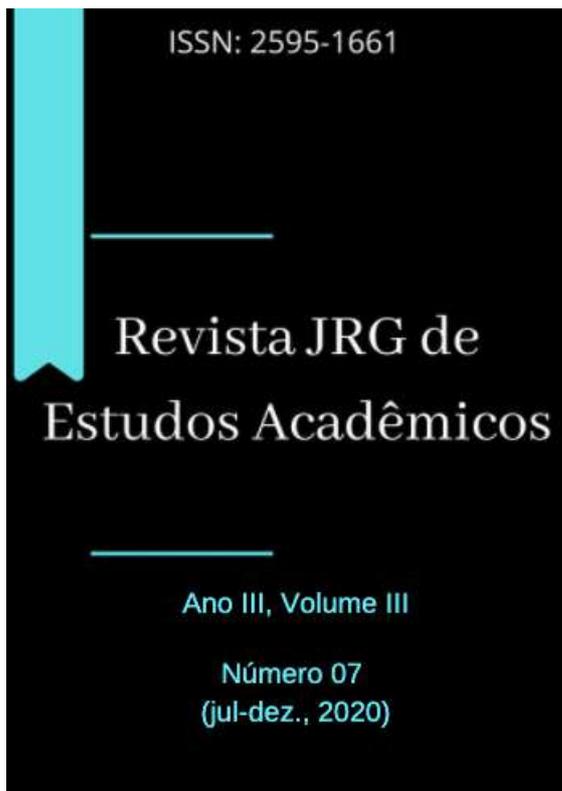
Dantas, Bruna. (2013). Psicologia política das religiões: uma análise dos símbolos e ideologias da Igreja Universal do Reino de Deus — 2013 - Rev. psicol. polít. vol.13 no.28 São Paulo.

Matos, M. (1993). Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical. Palestra apresentada no II Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campinas, out/93.

Milgram, E. (2009). Obedience to Authority: an experimental view. Reimpressão, *HarperCollins*, 2009.

Rodrigues, A., Assmar, E., Jablonski, B. (2009). Psicologia social. 27. ed. revista e ampliada. Petrópolis, RJ : Vozes, 2009.

Todorov, J. (1982). Behaviorismo e análise experimental do comportamento. Cadernos de Análise do Comportamento, 1982, n.3, pp.10-23.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **07/08/2020.**

Data de reformulação: **26/08/2020**

Data do aceite: **11/09/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4025488>**

Publicado: **2020-09-11**

PISA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS MÉDIAS POR REGIÕES BRASILEIRAS

PISA AND PUBLIC EDUCATION POLICIES: AN ANALYSIS OF THE MEDIA BY BRAZILIAN REGIONS

*Cristiane Alves Cardoso¹
Valdivina Alves Ferreira²*

Resumo

Este artigo trata de um estudo do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes - tradução de *Programme for International Student Assessment* (PISA), tendo como objetivo geral, analisar a relevância da conjugação dos resultados das avaliações externas comparativamente com os indicadores sociais para a efetiva melhoria da qualidade da educação. Especificamente, identificar as conexões intrínsecas entre as médias de desempenho de estudantes e as desigualdades sociais; verificar como a qualidade da educação constitui uma realidade substancialmente diferentes entre

¹ Mestranda em Educação pela Universidade Católica de Brasília (UCB); Especialista em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar pela Universidade de Brasília (UnB); Licenciatura em Ciências Biológicas pela Faculdade Integradas da Terra de Brasília (FTB) e Pedagoga pelo Centro de Ensino Superior do Brasil (CESB). Atualmente, servidora pública municipal lotada na Secretaria Municipal de Educação de Santo Antônio do Descoberto/GO. Email: criscardosoprof@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7978-3567>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2153738038501958>

² Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – Goiás) e professora do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado) em Educação da Universidade Católica de Brasília (UCB). Email: valdivina5784@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2306-7465>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4825111570999096>

países e regiões; identificar nos resultados se evidenciam uma realidade social desigual; revistar se a educação brasileira deve ser melhorada para se alcançar uma educação uniforme e de qualidade em todo o Brasil. Como método, optou-se pelo uso de pesquisas exploratória e bibliográfica, caracterizada como qualitativa explicativa. Extraiu-se os elementos com elos na produção de conhecimentos do tema investigado. Procedeu-se uma análise substancial estatística de forma quantitativa. Verificou-se em alguns dos resultados analisados, evidências que tangenciam o desenvolvimento das práticas extraescolares nos processos de ensino e aprendizagens; na edição de 2018 das aplicações das provas os dados foram estratificados por regiões brasileiras; interpretou-se o domínio da leitura em algumas unidades da federação brasileira. Conclui-se, ser imprescindível ouvir as vozes regionais, dialogar com as gestões, docentes, discentes, atores envolvidos na comunidade escolar, sociedade civil, levantar dados do local acerca dos aspectos socioeconômico, propor a implantação de projetos e a implementação de programas na finalidade e oferecer uma educação de qualidade para todos.

Palavras-chave: Avaliação Externa; Políticas Públicas em Educação; PISA.

Abstract

This article deals with a study of the International Student Assessment Program - translation of the Program for International Student Assessment (PISA), with the general objective of analyzing the relevance of combining the results of external assessments compared to social indicators for the effective improvement of quality of education. Specifically, to identify the intrinsic connections between student performance averages and social inequalities; verify how the quality of education constitutes a substantially different reality between countries and regions; to identify in the results an unequal social reality is evident; to examine whether Brazilian education should be improved in order to achieve uniform and quality education throughout Brazil. As a method, we opted for the use of exploratory and bibliographic research, characterized as qualitative explanatory. The elements with links in the production of knowledge of the investigated theme were extracted. A substantial statistical analysis was carried out in a quantitative way. In some of the analyzed results, there was evidence that tangent to the development of extra-school practices in the teaching and learning processes; in the 2018 edition of the applications of the tests the data were stratified by Brazilian regions; the reading domain was interpreted in some units of the Brazilian federation. In conclusion, it is essential to listen to regional voices, to dialogue with administrations, teachers, students, actors involved in the school community, civil society, to collect local data on socioeconomic aspects, to propose the implementation of projects and the implementation of programs for the purpose and offer quality education for all.

Keywords: External Evaluation; Public Policies in Education; PISA.

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de um estudo dos resultados das provas referentes à edição realizada 2018 e de responsabilidade do Programa Internacional de Avaliação de Estudantes - tradução de *Programme for International Student Assessment* (PISA).

Essa avaliação externa configura-se como instrumento essencial para se mensurar os níveis da qualidade da educação em diversos contextos. Dessa forma, o

PISA se destaca por utilizar como método uma escala internacional, o que possibilita a comparabilidade entre os sistemas de educação em diversos países do mundo.

Neste sentido, busca-se analisar a intrínseca relação entre os aspectos sociais e a qualidade da educação consubstanciados na análise das médias de desempenho alcançados pelos estudantes brasileiros, em especial, os dados estratificados nas provas aplicadas nas regiões Norte e Nordeste.

Justificava-se, no entendimento, que o PISA é mundialmente reconhecido como um indicador confiável na mensuração da qualidade educacional, propicia análises comparativas entre os sistemas dos países participantes da OCDE, o mecanismo na obtenção de diagnósticos projeta as implicações futuras das políticas públicas de educação

Daí emerge a questão problema que norteia essa pesquisa, a saber: Como os resultados do PISA evidenciam as necessidades de se fomentar políticas públicas educacionais que contemplem as disparidades socioeconômicas regionais no Brasil?

Com base nessa indagação, orienta-se a hipótese de que a divulgação dos resultados do PISA poderá ocasionar impactos nem sempre positivos. No entanto, quando utilizados como instrumento de medidas, indicam a necessidade de se reduzir as desigualdades sociais como forma de oferecer uma educação de qualidade e igualitária.

O objetivo do artigo, ora se apresenta, é analisar a relevância da conjugação dos resultados das avaliações externas comparativamente aos indicadores sociais para a efetiva melhoria da qualidade da educação. Especificamente, analisar os impactos da divulgação dos resultados do PISA; verificar como a qualidade da educação constitui uma realidade substancialmente diferentes entre países e regiões; identificar nos resultados se evidenciam uma realidade social desigual, revistar se a educação brasileira deve ser melhorada para se alcançar uma educação uniforme e de qualidade em todo o Brasil

Nos procedimentos metodológicos, optou-se pelo uso de pesquisa bibliográfica e exploratória, caracterizada como qualitativa explicativa. Concomitantemente, se apresenta uma breve análise estatísticas de cunho quantitativo, em caso da comprovação de argumentos apresentados no decorrer da pesquisa.

O texto está dividido em quatro partes, além da introdução. O primeiro capítulo traz uma análise conceitual acerca da avaliação externa e do PISA. O capítulo seguinte avalia os resultados das regiões brasileiras no domínio da leitura na edição de 2018 do PISA e o último capítulo traz uma análise crítica do PISA e seus resultados. Por fim, tem-se as considerações finais.

AValiação EXTERNA, PISA E POLÍticas PÚBLICAS

A avaliação externa é realizada por agentes externos à escola e aplicada em larga escala de desempenho, definida como método avaliativo que propicia na coleta de dados, parâmetros que auxiliam na formulação de políticas públicas na educação (LUCKESI, 1998).

Em relação a referida avaliação, em 1960, se fortaleceu no âmbito educacional após a edição do Relatório Coleman, que trouxe uma compilação de dados referentes ao sistema educacional dos Estados Unidos e obtidos por meio de testes padronizados aplicados em larga escala. Seu objetivo foi demonstrar os níveis de qualidade do ensino ofertado no país, com indicadores que propiciassem identificar aspectos que bloqueavam a melhoria da qualidade educacional (HORTA NETO, 2009).

Desde então, as avaliações externas foram reconhecidas em diversos países como um eficiente mecanismo para mensurar a eficiência do sistema educacional, tornar possível uma visão generalizada de um universo amplo, aferir o vetor qualitativo da educação e alcance dos avanços. Corroborando, Dias Sobrinho (2002) opina que a avaliação externa consubstancia-se em uma espécie de *accountability*, o instrumento de prestação de contas ao governo e à sociedade.

Ao longo do tempo, registrou-se no território brasileiro que a avaliação externa tornou-se parte indissociável do sistema educacional, em grande parte, por influência de documentos internacionais que direcionaram projetos com vistas ao desenvolvimento de sistemas de aferição da qualidade educacional (FREITAS, 2007).

Em decorrência, em 1980, o sistema nacional de avaliação da educação básica foi lançado no Ministério da Educação e organizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) na implementação do Sistema de Avaliação do Ensino Público de 1º Grau (Saep) para avaliar o Programa de Educação Básica no Nordeste e marcou o ponto de partida do atual Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb).

A partir disso, em 2005, o Saeb passa a ser composto por duas avaliações, são elas: primeira: a Avaliação Nacional da Educação Básica; segunda, a Avaliação Nacional do Rendimento Escolar, aplicadas bienalmente (ALAVARSE *et. al.*, 2017).

Não obstante, as avaliações externas são aplicadas e nas esferas internacional e nacional, como por exemplo, em 2000 foi realizada a 1ª edição do PISA no território brasileiro.

Em particular, o PISA foi estruturado em três avaliações externas em áreas de domínios da Leitura, Matemática e Ciências. As provas são aplicadas a cada três anos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na finalidade de analisar comparativamente os sistemas de educação em diversos países do mundo (BRASIL, 2019).

Ressalta-se, a avaliação externa realizada em nível nacional tem redimensionado as amplitudes dos sistemas de ensino. O PISA gera dados por meio de instrumentos estatísticos que permitem um comparativo do sistema educacional de um país com outros, possibilita a comparação entre políticas públicas educacionais. Dessa maneira, os países que em cada edição aumentam suas médias no PISA, são vistos como referências nas mudanças nas políticas públicas educacionais.

Seguindo essas ações Schleicher (2019) conceitua o PISA, como sendo:

[...] um conjunto de testes, acordados internacionalmente, em matemática, leitura, ciências e uma série de domínios inovadores, que são conduzidos a cada três anos entre as amostras representativas de alunos de 15 anos de idade dos países participantes. A idade de 15 anos foi escolhida como ponto de comparação porque representa o último ponto no qual a escolaridade ainda é largamente universal (SCHLEICHER, 2019, p.45).

Este autor relata que na edição de 2015 do PISA, metade dos(as) alunos(as) submetidos a essa avaliação internacional demonstraram conhecimentos baixos e dificuldades em realizar tarefas básicas de leitura, matemática ou ciência. Apesar dos altos custos investidos na educação, os indicadores dos resultados dessa edição se mostram insatisfatórios com poucos avanços nas aprendizagens

Na última edição do PISA (2018) realizada no Brasil, constatou-se que os resultados continuaram insatisfatórios, porém se mantiveram na mesma classificação das edições de anos anteriores e sem prognósticos dos avanços em notas e de conhecimentos básicos.

Acerca disso, essa avaliação internacional apontou baixa proficiência quando comparado aos outros 18 países participantes, em que 68,1% dos estudantes brasileiros com 15 anos de idade não possuem nível básico de matemática, o mínimo para o exercício pleno da cidadania. Em ciências, o número chega a 55% e, em leitura, 50%. Estes índices revelam que estão estagnados desde 2009 (BRASIL, 2019).

Os resultados do Brasil no PISA entram no *ranking* internacional, observando-se os aspectos detalhados de cada região do país (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste). À grosso modo, a divulgação dos resultados do PISA ajuda a desvelar obstáculos no cumprimento dos planos de ação e potencializar programas governamentais direcionados a uma ou mais áreas específicas na busca do desenvolvimento e cumprimento de metas.

Em termos legais, encontra-se disposto no art. 205 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que a educação tem como objetivo proporcionar o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. Dessa forma, é através de políticas públicas que o Estado buscará efetivar essa educação aos cidadãos.

Segundo Ferreira e Nogueira (2015) as políticas públicas educacionais são a ponte que liga os objetivos e metas com a realidade local. Tendo em vista que o processo educacional tangencia aspectos técnicos e extraescolares, nas novas propostas de políticas públicas, as vertentes polivalentes e multidimensional devem ser incluídas para atender aos propósitos de melhorias. Na educação se requer aparelhamentos tecnológicos e distribuição de recursos pedagógicos às escolas. Todavia, não se pode ignorar os aspectos sociais relativos à fome, falta de saneamento básico, moradias e transportes influenciem no processo de aprendizagem dos estudantes.

Sobre isso, Dourado (2007) opina:

[...]. Por outro lado, faz-se necessário implementar políticas públicas e, entre essas, políticas sociais ou programas compensatórios que possam colaborar efetivamente no enfrentamento dos problemas socioeconômico culturais que adentram a escola pública. Nessa perspectiva, a melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem deve envolver os diferentes setores a partir de uma concepção ampla de educação envolvendo cultura, esporte e lazer, ciência e tecnologia. (DOURADO, 2007, p.15)

Com isso, Dourado (2007) ratifica ser essencial a efetivação técnica da educação e planos de ação para neutralizar as dificuldades que surgem em processos de ensino e das aprendizagens, bem como otimiza e efetiva a estruturação de eixos relevantes no andamento da educação.

Para Ferreira e Nogueira (2015) ao se planejar a elaboração de políticas públicas se faz necessário olhar para as esferas federal, estadual e municipal, assim, contemplar as peculiaridades regionais que perpassam por diagnósticos nos locais.

Estes autores, afirmam que a eficiência das políticas públicas exige uma visão sistêmica, de maneira concatenada entre os planos de ação federal, estadual e municipal, bem como deve haver um mínimo de compatibilidade entre as políticas públicas educacionais dos entes federativos (FERREIRA e NOGUEIRA, 2015).

Conseqüentemente, a participação popular é demasiadamente relevante, na medida em que especificam as políticas públicas, contemplem a realidade local e regional, as heterogeneidades, seja um país, estado ou município, zona urbana ou rural, de acordo com a realidade social e local. Essas políticas no âmbito educacional se notabilizam num eixo fundamental de crescimento e na qualidade da educação,

requer detalhamentos, diagnósticos, visão sistêmica e recursos, de forma a equalizar o sistema educacional rumo a uma educação de qualidade em todo o país.

PISA 2018: O DOMÍNIO DA LEITURA E OS RESULTADOS DAS REGIÕES BRASILEIRAS

Historicamente, O PISA acompanha o desempenho dos estudantes, a qualidade do sistema de ensino, avalia o processo de aprendizagem com aplicações de provas padronizadas e questionários. Em contrapartida, não permite uma avaliação efetiva das políticas públicas educacionais de cada país, porém seus resultados proporcionam a identificação de fatores de influência na qualidade educacional e lacunas estruturais no sistema de ensino, funcionando como direcionador de políticas públicas para a melhoria da qualidade da educação (BRASIL, 2019).

Em outra ótica, a qualidade da educação está intrinsecamente ligada à fatores extraescolares, de ordem social, cultural, regional e econômica. Em se tratando dos resultados do PISA, estes, comprovam a influência do desempenho escolar, fatores que englobam o local de residência, nível socioeconômico, contexto cultural, acesso à bens tecnológicos e outros, contribuem sobremaneira no grau de comprometimento com os estudos e na visão da educação pelo aluno (BRASIL, 2019).

Ao se analisar o desempenho escolar por médias, seja pelo PISA ou outra avaliação externa, refletem fielmente as desigualdades sociais e culturais. Por conseguinte, situa a educação distribuída de forma desigual no Brasil pelos resultados discrepantes que revelam diferentes níveis socioeconômicos cada em região brasileira.

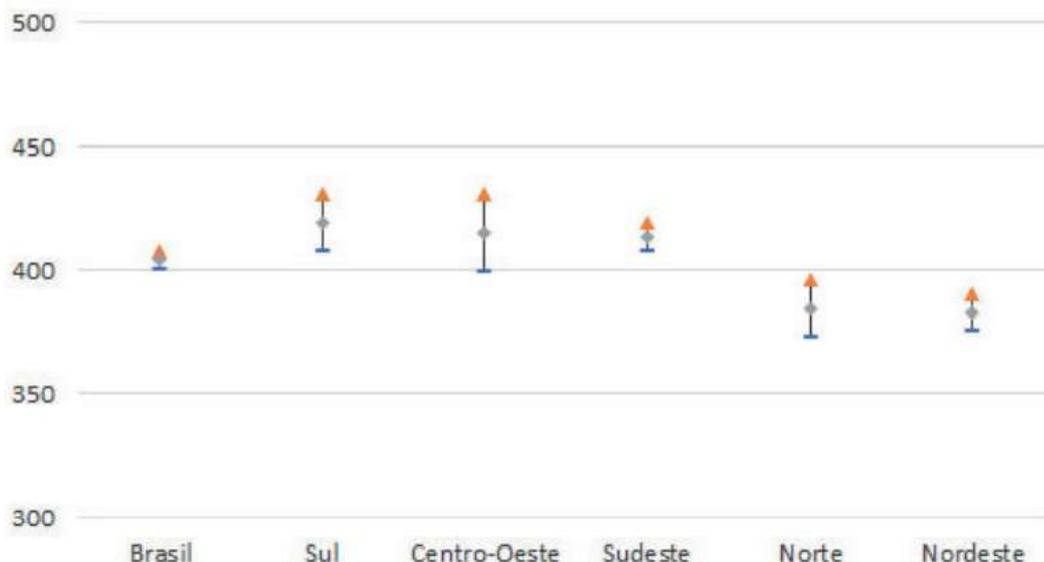
Na mesma lógica, Alves (2018) afirma que a aprendizagem do educando não depende apenas da sua capacidade cognitiva, mas de outros fatores extrínsecos, assim como formação familiar, nível socioeconômico e realidade geográfica e social da escola em que estuda. O desempenho acadêmico de qualquer aluno é multicausal, sofrendo influência de inúmeros fatores intra e extraescolares.

O PISA avalia em cada edição uma área comum ao núcleo curricular. Em caso, selecionou-se o domínio da leitura por ter sido avaliada em 2018 e ser objeto de análise do presente capítulo. A leitura figurou em três edições como domínio principal, bem como apresentou mudanças na definição de letramento em Leitura e nos contextos do uso.

No que tange aos dados analisados e discutidos na edição de 2018 do PISA, interpreta-se que média de proficiência dos jovens brasileiros em letramento em Leitura foi de 413 pontos, 74 pontos abaixo da média dos alunos dos países da OCDE, que é de 487 pontos (BRASIL, 2019, p. 61). Com base nos relatórios do PISA (2019, p. 69) “, visualiza-se que metade dos estudantes brasileiros submetidos ao PISA não apresentaram o nível mínimo de proficiência em Leitura, o que provavelmente representa um grande obstáculo na vida desses jovens, dificulta ou impedem avanços em seus estudos, oportunidades melhores no mercado de trabalho e participação plena na sociedade”.

Ao se analisar os resultados por região geográfica, deotou-se que a Região Sul possui a maior média nacional (432), seguida da Região Centro-Oeste (425), Sudeste (424), Norte (392) e Nordeste (389), sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentam média abaixo da média nacional (413 pontos) (BRASIL, 2018), conforme gráfico 01:

Gráfico 01: Proficiência média em leitura por região, Brasil, 2018.



Fonte: OCDE, Inep.

No ponto de vista do domínio da leitura no PISA, mudanças relevantes surgiram nas últimas edições, dentre estas, o avanço da tecnologia como forma de comunicação. Certamente, o acesso à informação tem mudado a maneira como as pessoas lidam com a leitura e assimilação de conteúdo por meio desta, o que reflete (ou pelo menos deveria) no processo de aprendizagem.

Em consonância com o Relatório Brasil no PISA – 2018:

Tecnologias em evolução mudaram rapidamente as formas pelas quais as pessoas leem e trocam informações, tanto em casa como no local de trabalho. A automação de tarefas cotidianas cria uma demanda por pessoas que podem se adaptar a contextos em constante mudança e que possam encontrar e aprender de muitas fontes de informação. [...] A internet permeia cada vez mais a vida de todos os cidadãos, desde o aprendizado dentro e fora da escola, o trabalho em locais físicos ou virtuais, até o tratamento de questões pessoais, como impostos, assistência médica ou organização de férias. (BRASIL, 2019, p. 42)

Em virtude disso, a matriz do letramento em leitura do PISA tem sido revisada nas últimas edições e adaptada às exigências do mundo (do mercado de trabalho). Contudo, permanece contemplando o sentido tradicional da leitura, em que se somou as novas formas de leitura contemporâneas, disseminadas por dispositivos digitais.

Nas definições de letramento em Leitura nos ciclos do PISA de 2000, 2009, 2012, 2015 e 2018, se lê:

PISA 2000: O letramento em Leitura refere-se a compreender, usar, refletir sobre textos escritos, a fim de alcançar um objetivo, desenvolver seu conhecimento e seu potencial, e participar da sociedade. PISA 2009, 2012 e 2015: O letramento em Leitura refere-se a compreender, usar, refletir sobre e envolver-se com os textos escritos, a fim de alcançar um objetivo, desenvolver seu conhecimento e seu potencial, e participar da sociedade. PISA 2018: O letramento em Leitura refere-se a compreender, usar, avaliar, refletir sobre e envolver-se com textos, a fim de alcançar um objetivo, desenvolver seu conhecimento e seu potencial, e participar da sociedade. (BRASIL, 2019, p. 44)

Analisando-se as definições supramencionadas, é possível perceber que a partir da edição de 2009 do PISA, acrescentou-se no letramento em leitura o “envolvimento com a leitura”; na edição de 2018 a avaliação de textos como parte integrante do letramento em Leitura, bem como removeu a palavra “escritos”.

UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PISA E SEUS RESULTADOS

Notadamente, as revisões da definição de letramento em Leitura refletem as mudanças sociais contemporâneas, no aspecto tecnológico, na forma de averiguar as demandas sociais reproduzidas nas escolas, na preparação dos estudantes para lidar com a quantidade crescente e rapidez de informações disponíveis em múltiplas fontes, nos meios tecnológicos que inserem uma nova dimensão de complexidade no domínio da leitura que a educação de qualidade precisa acompanhar.

A era virtual sedimentou-se como uma realidade, mas é necessário compreender como as desigualdades socioeconômicas podem influenciar no domínio da leitura considerando a evolução tecnológica.

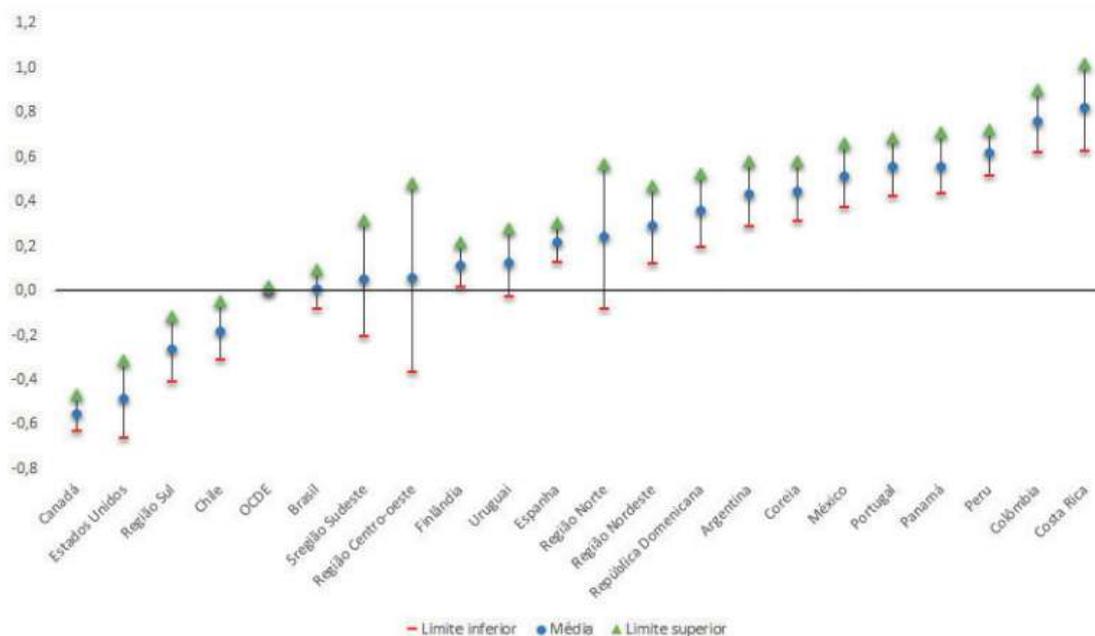
É inegável, no Brasil, que as desigualdades sociais são empecilhos para que se garanta o acesso as tecnologias de comunicação e de informação de maneira igualitária. Ademais, a influência do aspecto socioeconômico é inevitável na educação, essencialmente na era virtual, percebida na edição do PISA em 2018 ao se adicionar um questionário sobre familiaridade com aparato tecnológico, assim sendo:

Questionário de familiaridade com tecnologia, com foco na disponibilidade e uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC), e na capacidade dos alunos de realizar tarefas no computador e suas atitudes em relação ao uso do computador. (BRASIL, 2019, p. 27).

Com efeito, a relação entre educação e desigualdade social é consubstanciada no acesso à internet o que demonstra haver diferenças entre as regiões brasileiras. Com base no IBGE, em 2018, o percentual de pessoas com acesso à Internet nas Regiões Norte (64,7%) e Nordeste (64,0%), confirma serem inferiores aos demais estados.

Em especial, os questionários aplicados pelo PISA aos diretores das escolas selecionadas revelam outro aspecto da desigualdade social em direta ligação com a educação. O índice chamado *shortage*, é elaborado a partir das respostas dos questionários respondidos pelo diretor, mede a insuficiência de recursos educacionais. Mais uma vez, nas regiões Nordeste e Norte, se verificou que estão classificadas nas piores posições dentre as regiões brasileiras. No gráfico 02, se apresenta o Relatório Brasil no PISA 2018 (Brasil, 2019).

GRÁFICO 02: Índice SHORTAGE por países selecionados e regiões geográficas brasileiras - PISA 2018.



Fonte: OCDE, Inep.

Para além dos relatórios do PISA, as estatísticas são praticamente unânimes em reafirmar que as Regiões Norte e Nordeste possuem os piores indicadores sociais de desigualdade, como em distribuição de renda e acesso à saúde. Segundo dados do IBGE as regiões Norte e Nordeste detêm as piores médias por ano de estudo por pessoa, de rendimento médio mensal familiar, de condição de saneamento básico e as maiores taxas de analfabetismo.

Os dados e resultados do PISA quando analisados por regiões, refletem nitidamente a desigualdade social patente no Brasil, demonstram forte influência das desigualdades na qualidade da educação. Por esses indicadores, percebe-se a urgência de se implementar políticas públicas educacionais e não-educacionais que combatam a desigualdade social como forma de melhoria da qualidade da educação brasileira como um todo.

Do ponto de vista das avaliações externas nacionais, o PISA não é isento de críticas que levem a reflexões sobre o tal método de aferição de qualidade da educação. Uma dessas críticas é sobre os rankings alimentados pelos resultados do PISA (RATIER, 2016).

De fato, os dados provenientes do PISA, assim como outras avaliações externas, tendem a compor índices contendo o melhor e o pior da educação. Entretanto, uma análise descontextualizadas desses *rankings* podem induzir a conclusões equivocadas, tendo em vista que se apoiam nos resultados divulgados e não comportam aspectos indissociáveis do processo educacional (ALAVARSE *et. al.*, 2017).

Há de se considerar que, os mecanismos de medição da produtividade do sistema educacional são utilizados como instrumentos essenciais nas avaliações constantes e monitoramentos do progresso das políticas públicas educacionais. Dessa feita, as análises devem ser realizadas cuidadosamente contextualizadas e integradas a outros fatores e diagnósticos. Em relação às metas e resultados fixados

para cada unidade escolar, revisita-se as bases e diretrizes gerais, genéricas e nacionais, sem, contudo, objetar as necessidades específicas de cada região e de cada escola. Na busca de qualidade, percebe-se o uso irracional dos *rankings* elaborados com base em avaliações externas, inegavelmente, hierarquizam escolas, regiões, estados e países, desconsiderando fatores extraescolares relevantes ao processo de aprendizagem.

Neste ideário Manuela Terrasêca (2016), reafirma:

O PISA, efetivamente, hierarquiza os países, e é possível verificar que existem países que se conservam reiteradamente nos lugares cimeiros das listas ordenadas, enquanto outros se mantêm repetidamente nas posições mais baixas. A verificação da localização geoeconômica e cultural de uns e outros pode conduzir à hierarquização de seus cidadãos (com consequências nefastas com relação ao incremento das xenofobias, do preconceito e de outros modos de discriminação e de rejeição entre os povos). Em outras palavras, o PISA — por meio das suas listas de países/ economias — reforça a tendência para a comparação entre os diversos sistemas educativos nacionais. (TERRASÊCA, 2016, p. 161):

Outrossim, os resultados aferidos estimulam o mesmo processo de hierarquização entre as regiões do Brasil, sendo comum na divulgação dos resultados do PISA após cada edição a imprensa fazer chamamentos em reportagens com títulos alarmantes, nas manchetes: “PISA: Resultados das regiões Norte e Nordeste bem abaixo das demais”; “Espírito Santo lidera lista de educação no Brasil; Nordeste ocupa últimas posições”. Nessa onda midiática a hierarquização tende a imprimir no coletivo social uma espécie de culpabilização das regiões Norte e Nordeste pela nota média do Brasil.

De certa forma, o PISA é aplicado por meio de questionários detalhados que averiguam, dentre outras, as condições socioeconômicas dos(as) alunos(as) e as estruturas das escola. Acrescente-se, que os resultados e os índices são organizados com base em escores do desempenho das notas. Ainda, se faz necessário compreender a relevância dos fatores extrínsecos à educação, para então, em uma perspectiva multidimensional, enxergar o processo de aprendizagem com toda abrangência que lhe é indissociável.

Dourado (2007), explica que a compreensão teórico conceitual da Qualidade da Educação não pode desprezar fatores extraescolares que tangenciam o processo de aprendizagem. Para o autor, possibilidades de superação das condições de vida das camadas sociais menos favorecidas influenciam diretamente na aprendizagem devem ser consideradas para efetivamente produzir uma educação de qualidade para todos.

Sincronicamente, não se pode desprezar que cada local (região, estado, escola) possui peculiaridades multidimensionais e heterogeneidades e podem interferir nos processos de aprendizagens, principalmente no Brasil, visto como um país das diversidades e de dimensões continentais.

Para Dourado (2007) o nível socioeconômico exemplifica um aspecto crucial que varia por região, entre escolas e educandos de uma mesma sala de aula. Chama atenção o não abandono da contextualização da qualidade educacional comparativamente com a disparidade da organização da sociedade brasileira, que provocam fortes influências nas causas dos problemas escolares como as reprovações, baixa frequência e autoestima dos alunos(as).

Segundo o autor, além do nível de renda, são fatores que influenciam no desempenho escolar do aluno o acesso à tecnologia, à cultura, o grau de

escolarização e hábitos de leitura dos pais, a participação da família na vida escolar do estudante e as atividades extracurriculares. O autor alerta que, não raras vezes, esses fatores são relativizados em detrimento de suas capacidades e habilidades pessoais, como se o sucesso do aluno dependesse dele próprio, o que tende a reforçar o processo de exclusão desses estudantes (DOURADO, 2007).

Sendo assim, interessante destacar que para uma educação de qualidade em todo o país é preciso redimensionar as políticas educacionais para os fatores periféricos à educação com olhar atento em cada região, de forma a neutralizar aspectos extraescolares que dificultam o bom rendimento do aluno como fome, violência, transporte escolar, acesso à cultura e tecnologias.

CONCLUSÕES

No que se refere ao PISA, é perceptível a relevância da análise dos resultados em consonância com os indicadores sociais de forma a se traçar políticas públicas que efetivem uma melhoria da qualidade da educação de maneira igualitária.

A referida avaliação proporciona uma visão sistêmica essencial na busca pela qualidade do sistema educacional, e as médias de desempenho estão intrinsecamente ligadas às diferenças socioeconômicas dos países participantes e das regiões brasileiras. Demonstra-se então a necessidade de ações que contextualizem os índices de qualidade da educação à aspectos extraescolares que influenciam no processo de aprendizagem.

Os resultados do PISA estratificados revelam que a desigualdade social entre as regiões brasileiras afetam diretamente no desempenho dos(as) alunos(as). O acesso (ou a falta dele) às tecnologias é fator que influencia o desenvolvimento em leitura segundo a nova abordagem do PISA na edição de 2018, e no Brasil esse acesso é proporcional às diferenças socioeconômicas.

De fato, a qualidade da educação de todos os países e regiões dificilmente pode ser medida com um só padrão, desprezando-se aspectos culturais, históricos, econômico e curriculares. No Brasil, a divulgação dos resultados do PISA (e demais avaliações externas) atuam de forma desestimulante na autoestima dos alunos e educadores, principalmente, em regiões com os piores indicadores sociais e médias de desempenho, como o Norte e Nordeste.

Os rankings promovidos estimulam a hierarquização dos participantes do PISA, mas, ainda que tal índice seja imperfeito, seus resultados são fonte importante para a formulação de políticas públicas que tangenciem a melhora da qualidade da educação. Contudo, uma análise descontextualizada dos resultados ou o desprezo das desigualdades sociais que o PISA (e outras avaliações externas) revela que em nada contribuem para uma efetiva melhora da qualidade da educação no Brasil e um sistema educacional uniformizado, além de inevitavelmente contribuir para reforçar a diferença de qualidade do ensino entre regiões, retroalimentando a desigualdade social no âmbito educacional.

Conclui-se ser essencial que a educação brasileira busque melhorias que não só aumentem a qualidade da educação, mas também distribua essa qualidade de maneira uniforme, em todo o Brasil. Para tanto, é fundamental o diálogo com a comunidade escolar e com a sociedade civil, de forma a se levantar dados do local acerca dos aspectos socioeconômico, propondo-se a implantação de projetos e a implementação de programas que traduzam a realidade do local, com o intuito de oferecer uma educação de qualidade para todos.

REFERÊNCIAS

- ALAVARSE, O. M.; MACHADO, C. M.; ARCAS, P. H. **Avaliação externa e qualidade da educação: formação docente em questão.** Revista Diálogo Educacional, v. 17, n. 54 (2017), ISSN 1518-3483. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/21950>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- ALVES, G. C. **Resultados do Pisa 2015 e seu uso para a formulação de políticas públicas em educação.** 2018. 76 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração). Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32736>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 05 jun. 2020.
- BRASIL. IBGE. **Indicadores Sociais Mínimos – ISM.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17374-indicadores-sociais-minimos.html?=&t=resultados>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- BRASIL. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua.** 2018 Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=27138&t=resultados>. Acesso em 08 jun. 2020.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Relatório Brasil no PISA 2018** - versão preliminar. Brasília-DF
- DIAS SOBRINHO, J. Campo e caminhos da avaliação: a avaliação da educação superior no Brasil. In: FREITAS, L. C. (org.). **Avaliação. Construindo o campo e a crítica.** 1. ed. Florianópolis: Insular, 2002.
- DOURADO, L. F. **Políticas e gestão da educação básica no Brasil: limites e perspectivas.** Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 921-946, out. 2007.
- FERREIRA, L. A. M.; NOGUEIRA, F. M. B. (2016). **Impactos das políticas educacionais no cotidiano das escolas públicas e o plano nacional de educação.** Arquivo Brasileiro de Educação, 3(5), 102-129. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2318-7344.2015v3n5p102>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- FREITAS, D. N. T. **A avaliação da educação básica no Brasil.** Campinas, SP: Autores Associados, 2007.

HORTA NETO, J. L. **Um olhar retrospectivo sobre a avaliação externa no Brasil:** das primeiras medições em educação até o SAEB de 2005. Revista Iberoamericana de Educación (*On-line*), v. 42, p. 1-14, 2007. Disponível em: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2398> . Acesso em: 08 jun. 2020. Inep/MEC, 2019.

LUCKESI, C. C. **Avaliação Educacional Escolar:** para além do autoritarismo. *In:Capítulo II: Avaliação da aprendizagem escolar.* 7ed. São Paulo: Cortez, 1998.

OLIVEIRA, João Batista de. **PISA:** resultados das regiões Norte e Nordeste bem abaixo das demais. Site Veja, reportagem veiculada em dezembro de 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/educacao-em-evidencia/pisa-resultados-das-regioes-norte-e-nordeste-bem-abaixo-das-demas/> . Acesso em 15 jun. 2020.

PETERS, B. G. (1986) **American Public Policy.** Chatham, N.J.: Chatham House.

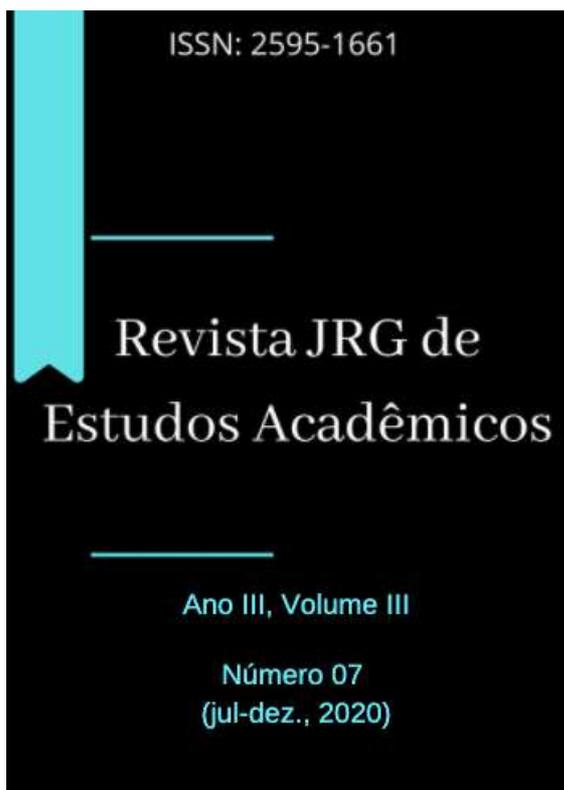
RATIER, R. **Nove motivos para desconfiar do PISA.** *In Nova Escola*, 20 de Dezembro de 2016. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/4697/nove-motivos-para-desconfiar-do-pisa>. Acesso em: 12 jun. 2020.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas Públicas.** São Paulo: Publifolha, 2010.

SCHLEICHER, A. **Primeira classe: como construir uma escola de qualidade para o século XXI.** Tradução de Dani Gutfreund e Lenice Bueno. Paris: OECD Publishing; São Paulo: Fundação Santillana, 2019.

Site Terra Educação. **ES lidera lista de educação no Brasil; Nordeste ocupa últimas posições.** Reportagem veiculada em dezembro de 2013. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/es-lidera-lista-de-educacao-no-brasil-nordeste-ocupa-ultimas-posicoes,49a94978c58b2410VgnVCM3000009af154d0RCRD.html> . Acesso em 15 jun. 2020.

TERRASÊCA, M. **Autoavaliação, avaliação externa:** afinal para que serve a avaliação das escolas? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 36, n. 99, p. 155-174, maio-ago., 2016. Pag. 155. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v36n99/1678-7110-ccedes-36-99-00155.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **06/06/2020.**

Data de reformulação: **22/09/2020**

Data do aceite: **07/10/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4073405>

Publicado: **2020-10-08**

RIFLESSIONI SUL COSTITUZIONALISMO IN AMERICA LATINA ALLA LUCE DEI RAPPORTI CON LA CORTE INTERAMERICANA

REFLEXÕES SOBRE O CONSTITUCIONALISMO NA AMÉRICA LATINA À LUZ DAS RELAÇÕES COM A CORTE INTERAMERICANA

REFLECTIONS ON LATIN AMERICA'S CONSTITUTIONALISM IN REGARDS OF INTERAMERICAN'S COURT

Henrique Savonitti Miranda¹

Abstract

Il presente elaborato rappresenta la relazione conclusiva sul corso “Le interazioni fra diritto globale e locale”, offerto dal Programma di Dottorato di ricerca in Scienze Giuridiche dall’Università degli Studi di Udine e dall’Università degli Studi di Trieste. È analizzato il concetto del blocco di costituzionalità e il trans-costituzionalismo nel sistema di protezione dei diritti umani. Dall’analisi dei meccanismi di apertura materiali previsti nelle costituzioni di Colombia, Perù, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Argentina e Brasile, si esamina il rango che i trattati e le convenzioni internazionali sui diritti umani hanno in ogni paese, per poi esaminare come i trattati internazionali sui diritti umani vengano accolti in questi paesi, e il conseguente rapporto che hanno con i loro sistemi giuridici nazionali.

¹ Henrique Savonitti Miranda, Ph.D. Dottore di ricerca in Diritto Pubblico comparato (Università di Udine e Université de Toulon). Master di II Livello in Organizzazione, management, innovazione nelle Pubbliche Amministrazioni (Università Sapienza). Membro del Centre de Droit et de Politique Comparés Jean-Claude Escarras – CDPC (UMR-CNRS 7318 DICE). Docente universitario (Faculdade Processus). Avvocato abilitato in Brasile, Italia e Portogallo. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1397-4766>. E-mail: savonitti@savonitti.com.br.

Keywords: Costituzionalismo latino-americano. Trans-costituzionalismo. Blocco di costituzionalità. Corte Interamericana dei Diritti Umani. Dialogo tra le fonti.

Resumo

Este artigo representa o relatório final do curso "Interações entre o direito global e local", oferecido pelo Programa de Doutorado em Ciências Jurídicas da Universidade de Udine e da Universidade de Trieste. O artigo investiga o conceito de bloco de constitucionalidade e o transconstitucionalismo no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. A partir da análise dos mecanismos de abertura previstos nas constituições de Colômbia, Peru, Bolívia, Equador, Venezuela, Argentina e Brasil, investiga-se a posição que os tratados internacionais sobre direitos humanos ocupam em cada país, a relação que mantém com os respectivos sistemas de fontes nacionais, bem como o procedimento adotado para a implementação das decisões dos órgãos internacionais com funções jurisdicionais, especialmente da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

Palavras-chave: *Constitucionalismo latino-americano. Transconstitucionalismo. Bloco de constitucionalidade. Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Diálogo das fontes.*

Abstract

The aim of this paper is to show the final report of the program held by Udine University's and Trieste University's Legal Sciences Doctorate Course named "Interactions between global and local law". The paper scrutinizes the concept of constitutionality block and the transconstitucionalism in the interamerican system of human rights protection. Starting with analysis of the constitutional opening mechanisms foreseen in Argentina, Brazil, Bolivia, Equator, Peru and Venezuela constitutions, is investigated the role of the International agreements about Human Rights occupies in all these countries, along with the relations that it keeps with these countries' system of resources, as well as the proceeding embraced to the deployment of the International Jurisdictional Agency's decisions, of the Inter-american Human Rights Court (I/A Court H.R.)

Keywords: Latin-american Constitutionalism. Transconstitucionalism, Constitutionality Block. Inter-American Human Rights Court (I/A Court H.R.). Sources' dialog.

1. INTRODUZIONE

Il presente elaborato rappresenta la relazione conclusiva sul corso "*Le interazioni fra diritto globale e locale*", offerto dal Programma di Dottorato di ricerca in Scienze Giuridiche dall'Università degli Studi di Udine e dall'Università degli Studi di Trieste.

L'obiettivo della presente relazione è quello di esporre e approfondire gli argomenti trattati dal Prof. Calogero Pizzolo nel Seminario "*Riflessioni sul costituzionalismo in America Latina alla luce dei rapporti con la Corte interamericana*", tenutosi il 4 novembre 2015.

In questo Seminario il relatore affronta il concetto del *blocco di costituzionalità*, analizza i *meccanismi di apertura* dei rispettivi ordinamenti giuridici e il *rapporto* tra le *costituzioni* dell'America Latina e gli *ordinamenti sovranazionali* per poi esaminare

come i *trattati internazionali* sui diritti umani vengano *accolti* in questi paesi, e il conseguente rapporto che hanno con i loro sistemi giuridici nazionali.

2. IL CONCETTO DI BLOCCO DI COSTITUZIONALITÀ

Come abbiamo detto, il Prof. Calogero Pizzolo inizia il suo intervento esponendo il concetto di *blocco di costituzionalità* e i conseguenti *cambiamenti* nel sistema delle fonti, in vista del pluralismo giuridico e dei vari livelli di giudizio e di tutela dei diritti fondamentali.

L'espressione *blocco di costituzionalità* (*bloc de constitutionnalité*, in francese; *bloque de la constitucionalidad*, in spagnolo; oppure *bloco de constitucionalidade*, in portoghese) designa l'insieme di regole che funzionano come *parametro* per la realizzazione del controllo di costituzionalità, cioè utilizzate per il confronto di misurazione di costituzionalità delle altre regole che appartengono a un particolare sistema giuridico. Così, del concetto di blocco di costituzionalità fanno parte anche norme che *non* sono necessariamente espresse nel testo della Costituzione, ampliando il concetto di *norme costituzionali* e avvicinandosi al concetto di costituzione in senso materiale, in particolare per quanto riguarda i diritti e le garanzie fondamentali (GÖZLER, 1995, p. 314).

La dottrina maggioritaria sostiene che l'idea del blocco di costituzionalità (oppure "blocco della legalità", come lo designò Maurice Hauriou) sarebbe apparso in Francia, con la decisione del Consiglio Costituzionale (*Conseil Constitutionnel*), del 16 luglio 1971, che ha elevato la libertà di associazione a livello di *principio fondamentale* (FRANCIA, 1971). I testi giuridici che formano il blocco di costituzionalità in Francia, per esempio, sono la Costituzione del 1958, la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino del 1789, il Preambolo della Costituzione del 1946 e i principi fondamentali riconosciuti dalle leggi della Repubblica.

La tutela dei *diritti fondamentali* in qualunque paese trova la sua ultima parola nella Corte Costituzionale, in qualità di *interprete finale* della Costituzione. Tuttavia, con l'apertura dei sistemi giuridici – che porta come conseguenza la comparsa del *pluralismo giuridico* e un *profondo* cambiamento nel *sistema delle fonti*, basato sull'istituzione di diverse competenze giurisdizionali e diversi livelli di protezione – vari organismi internazionali, stabiliti dai trattati sui diritti umani, acquistano delle competenze per eseguire il cosiddetto "*controllo di convenzionalità*" (RUIZ; RUIZ, 2012, pp. 248-250).

In questo contesto, compete alla *Corte Interamericana dei Diritti dell'Uomo*, creata dalla Convenzione Americana sui Diritti Umani, del 1969, il ruolo di interprete finale dei trattati sul tema in *America Latina*.

3. IL TRANS-COSTITUZIONALISMO NEL SISTEMA INTERAMERICANO DI PROTEZIONE DEI DIRITTI UMANI

Il *sistema interamericano* di protezione dei diritti umani ha preso avvio con l'adozione della *Dichiarazione Americana dei Diritti e Doveri dell'Uomo* ("Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem", in portoghese) nel 1948, pubblicata con la Carta dell'Organizzazione degli Stati Americani ("Carta da Organização dos Estados Americanos") dello stesso anno.

Da quel momento gli Stati americani hanno adottato una serie di strumenti internazionali che sono diventati la base di un sistema regionale per la promozione e la protezione dei diritti umani. Nel 1969, a San José in Costa Rica, si è tenuta la Conferenza Specializzata Interamericana per i Diritti Umani ("Conferência

Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos”), dove è stata redatta la Convenzione Americana sui Diritti Umani (“Convenção Americana sobre Direitos Humanos”), entrata in vigore il 18 luglio 1978, ed è stata altresì assegnata la competenza a *due organi* speciali per esaminare le violazioni dei diritti umani: la *Commissione Interamericana sui Diritti Umani* (“Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos”) e la *Corte Interamericana dei Diritti Umani* (“Corte Interamericana sobre Direitos Humanos”) (CORTE IDH, 2016).

La *Commissione Interamericana*, istituita nel 1959, è composta da *sette membri* di alta autorità morale e di riconosciuta competenza nel campo dei diritti umani. Per raggiungere lo scopo per cui è stata creata la Commissione formula raccomandazioni ai governi degli Stati Membri, prevede l'adozione di misure per la tutela dei diritti umani, predispone studi e relazioni, richiede informazioni ai governi circa l'effettiva attuazione della Convenzione ed inoltre presenta una relazione annuale all'Assemblea Generale dell'Organizzazione degli Stati Americani (PIOVESAN, 2011, p. 19).

La *Corte Interamericana*, con sede a San Jose in Costa Rica, ha invece iniziato la sua attività nel 1979 e possiede sostanzialmente due ordini di attribuzioni: a) contenziosa, con potere di esaminare le denunce di violazione di qualunque dei diritti enunciati nella Convenzione Americana sui Diritti Umani da uno degli Stati Membri; e b) di consulenza, consistente nell'elaborazione di un parere con l'obiettivo di interpretare la propria Convenzione oppure un qualche altro trattato sui diritti umani, su iniziativa di qualsiasi membro dell'Organizzazione degli Stati Americani (OAS).

Nel caso la Corte riconosca l'occorrenza della *violazione* suscitata, essa determinerà quali *misure* dovranno essere adottate per il ripristino del diritto violato, e potrà anche condannare lo Stato a un giusto risarcimento della vittima. Le sentenze della Corte hanno inoltre valore giuridico vincolante per gli Stati che riconoscono la sua giurisdizione e devono essere immediatamente rispettate.

In tal senso un'esperienza rilevante in materia di *trans-costituzionalismo* è rappresentata dal rapporto tra il *sistema interamericano dei diritti dell'uomo* e le disposizioni costituzionali dei rispettivi Stati che hanno ratificato la Convenzione, dato che non si tratta soltanto di imporre le decisioni della Corte ai giudici nazionali con potestà costituzionale, ma anche di rivedere e aggiornare le loro giurisprudenze alla luce delle decisioni della Corte (NEVES, 2009, p. 144).

Nel diritto brasiliano, un caso molto noto è quello dello scontro tra l'art. 7, comma 7, della Convenzione Americana sui Diritti Umani e l'art. 5, LXVII, della Costituzione brasiliana del 1988. Questo perché la norma costituzionale consentiva la *detenzione civile del fiduciario infedele*, mentre la Convenzione lo vietava. Nella sentenza emessa nella causa RE n° 466.343-SP, la Corte Costituzionale brasiliana ha deciso che dopo l'adesione del Brasile al Patto Internazionale sui diritti civili e politici e alla Convenzione americana sui diritti umani non vi è più alcuna base giuridica per l'applicazione della disposizione costituzionale, proprio perché tali documenti internazionali sono di *natura sovralegale*. Con tale decisione, la Corte brasiliana riconosce il diritto alla libertà, e mantiene il dialogo con la Corte Interamericana (BRASILE, 2009b, pp. 1106-1330).

Una *situazione diversa*, invece, si è verificata nell'ultima condanna subita dallo Stato brasiliano nel caso "Gomes Lund e altri", giudicato nel 2009, nel quale è stata riconosciuta la responsabilità brasiliana per la detenzione arbitraria, tortura e sparizione forzata di circa settanta persone, che partecipavano alla cosiddetta

"Guerriglia del Araguaia" nel corso degli anni 1972 al 1975, durante il periodo della dittatura militare.

Il problema, in questo caso, riguardava la "Legge di Amnistia", adottata dal paese nel 1979 al fine di propiziare una transizione pacifica dal periodo di dittatura alla democrazia e che ha concesso un'amnistia "ampia, generale e senza restrizioni", sollevando entrambe le parti dalla responsabilità per gli atti commessi durante il regime militare.

La Corte Interamericana si è *pronunciata* varie volte circa l'*incompatibilità* della "Legge di Amnistia" con gli obblighi internazionali assunti, affermando che il Brasile non aveva onorato il suo impegno internazionale di indagare e punire le gravi violazioni dei diritti umani, avendo omesso di adeguare il suo diritto interno agli *standard* internazionali, come sancito dall'art. 2 della Convenzione Americana (CORTE IDH, 2010).

Ora, dal momento in cui uno Stato diventa partecipe di un trattato internazionale sulla protezione dei diritti umani, tutte le sue istituzioni sono tenute a garantire che gli effetti delle disposizioni del trattato non siano eluse dall'applicazione di norme contrarie ai loro scopi. In questo contesto la magistratura ha l'*obbligo internazionale* di esercitare il *controllo di convenzionalità* tra le norme interne e il diritto trans-nazionale.

4. IL PROCESSO DI APERTURA DEI SISTEMI GIURIDICI LATINO-AMERICANI

Analizziamo, dunque, la *base giuridica* dell'apertura materiale dei testi costituzionali nei confronti dell'attuazione dei trattati internazionali sui diritti umani in *Colombia, Perù, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Argentina e Brasile*.

L'art. 93 della *Costituzione colombiana* del 1991 (ispirato dall'art. 10, comma 2, della Costituzione spagnola) stabilisce che "i trattati e le convenzioni internazionali, ratificate dal Congresso, che riconoscono i diritti umani e proibiscono la loro limitazione in stati di emergenza, *prevalgono sull'ordinamento interno*. I diritti e i doveri stabiliti in questa Costituzione devono essere interpretati *in conformità con i trattati internazionali* sui diritti umani ratificati dalla Colombia" (corsivi nostri).

Attraverso questo dispositivo, come si può vedere, il sistema giuridico colombiano riconosce la *natura sovracostituzionale* dei trattati internazionali sui diritti umani, in quanto afferma che questi hanno la precedenza sul diritto nazionale. Oltre a ciò, l'art. 93, seconda parte, afferma che la suddetta Costituzione deve essere interpretata *in conformità con le disposizioni dei trattati* ratificati dalla Colombia.

E, secondo quanto disposto nel primo comma, con nuova redazione conforme all'Atto Legislativo n° 2, del 2001, "lo Stato colombiano può riconoscere la giurisdizione della Corte Penale Internazionale nei termini previsti dallo Statuto di Roma, adottato il 17 luglio 1998 dalla Conferenza di Plenipotenziari delle Nazioni Unite e, di conseguenza, ratificare tale trattato secondo la procedura stabilita in questa Costituzione" (COLOMBIA, 2002a).

Nel 2002, la Colombia ha approvato la legge che riconosce la giurisdizione della Corte Penale Internazionale (COLOMBIA, 2002b). Tuttavia, proprio come aveva fatto la Francia, ha invocato la disposizione costante dell'art. 124 dello Statuto di Roma per dichiarare che, per un periodo di sette anni a decorrere dall'entrata in vigore dello Statuto nel suo territorio, non avrebbe accettato la giurisdizione della Corte. La Francia ha in seguito ritirato la sua dichiarazione; in Colombia, invece, la giurisdizione della CPI è iniziata soltanto nel 2009.

La *Costituzione del Perù*, del 1993, approvata da un *referendum* indetto durante il governo del dittatore Alberto Fujimori, pur essendo estremamente

focalizzata sulla concentrazione dei poteri, contiene diversi dispositivi che fanno riferimento al Diritto Internazionale. In questo senso, l'art. 55 (che ha lo stesso numero dell'articolo della Costituzione francese, perché ad esso è stato ispirato) prevede che "i trattati stipulati dallo Stato e in vigore fanno parte del diritto nazionale".

L'art. 205, in materia di "Giurisdizione Sovranazionale", stabilisce che "esaurita la giurisdizione interna, chi si ritiene leso nei diritti riconosciuti dalla Costituzione può ricorrere ai tribunali o agli organismi internazionali costituiti in base ai trattati o agli accordi di cui il Perù è parte". Inoltre, nelle "Disposizioni finali", nel suo quarto dispositivo, la Costituzione peruviana afferma che "le norme relative ai diritti e alle libertà che la Costituzione riconosce sono interpretati in conformità con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e con i trattati e gli accordi internazionali sulle stesse materie ratificate dal Perù".

Siccome la Costituzione è stata approvata durante un periodo dittatoriale, è *mancato* il riconoscimento di una qualche posizione di *superiorità* (costituzionale oppure sovralegale) dei trattati internazionali sui diritti umani, così come ogni riferimento a una qualche forma di giurisdizione internazionale.

Per affrontare tale situazione, un comitato di giuristi ha ricostruito l'interpretazione della Costituzione peruviana e, in base all'art. 105 dell'oramai abrogata Costituzione del 1978, che conteneva una "*formula-ponte*", in combinazione con la quarta disposizione transitoria della Costituzione attuale, ha affermato l'intendimento che i trattati internazionali sui diritti umani possiedono *status* costituzionale e che la giurisprudenza della Corte Interamericana in materia di diritti umani è *vincolante*².

La *Costituzione boliviana*, approvata nel gennaio 2009, contempla varie istanze della popolazione indigena. In realtà, le prime versioni del testo sono state direttamente prodotte da organizzazioni contadine e indigene e dai loro consulenti tecnici. Successivamente il testo è stato modificato più volte alla ricerca di accordi con l'opposizione, specialmente in fase di negoziazione con il Congresso per consentire il referendum di approvazione. La partecipazione di queste comunità mira a soddisfare *due* ordini di esigenze: da un lato, si tratta di un progetto orientato alla maggioranza, dato che la maggior parte della popolazione si identifica come indigena o di discendenza indigena; dall'altro cerca di includere le istituzioni proprie del mondo indigeno e comunitario, che nel precedente ordine costituzionale era estraneo allo Stato.

In questo senso, l'art. 256, nei suoi commi 1 e 2, prevede che i trattati internazionali sui diritti umani abbiano prevalenza anche sulla Costituzione, adottando il cosiddetto *principio pro-umani, in verbis*:

"I – I trattati e gli strumenti internazionali in materia di diritti umani che siano stati firmati, ratificati o ai quali lo Stato abbia aderito e che dichiarino diritti più favorevoli di quelli contenuti nella Costituzione verranno applicati *in maniera preferenziale* rispetto a questa. II – I diritti riconosciuti nella Costituzione verranno interpretati *d'accordo con i trattati internazionali sui diritti umani*, qualora questi prevedano norme più favorevoli" (corsivi nostri).

E l'art. 410, comma 2, che stabilisce la *gerarchia delle fonti* nel sistema giuridico boliviano, attribuisce agli *altri trattati internazionali* una *natura sovralegale*, inferiore soltanto alla Costituzione.

La *Costituzione ecuadoriana* del 2008, a sua volta, affronta il tema nell'art. 424, *in verbis*:

² L'art. 105 della Costituzione abrogata disponeva: "Le disposizioni contenute nei trattati sui diritti umani hanno *rango costituzionale*. Esse non possono essere modificate se non attraverso la *procedura che disciplina la riforma della Costituzione*" (corsivo nostro).

“la Costituzione e i trattati internazionali sui diritti umani ratificati da parte dello Stato, che riconoscono diritti più favorevoli a quelli contenuti nella Costituzione, hanno la *precedenza* sulle altre norme giuridiche o sugli atti della Pubblica Amministrazione” (corsivo nostro).

La *Costituzione venezuelana* del 1999, che è stata oggetto di una grande riforma nel 2007 per consentire un'altra rielezione del presidente Hugo Chaves, *non prevede* nessuna “formula-ponte” di apertura del suo ordinamento giuridico.

Nel settembre 2012 il defunto presidente Hugo Chavez ha iniziato ufficialmente il ritiro del Venezuela dal sistema interamericano dei diritti umani della OEA (Organizzazione degli Stati Americani), argomentando che il sistema sarebbe “ostaggio” degli interessi del Dipartimento di Stato degli Stati Uniti. Secondo il Presidente, conformarsi alle decisioni della Corte Interamericana dei diritti umani rappresenterebbe un *affronto alla sovranità nazionale*. Il 10 settembre 2013, durante la presidenza di Nicolas Maduro, il processo di uscita del Venezuela si è formalmente concluso (VENEZUELA, 2012).

L'art. 75, comma 2, della *Costituzione argentina*, con la riforma del testo costituzionale del 2002, prevede che i trattati internazionale su diritti umani abbiano, di solito, *natura sovralegale*. Però, alcuni di questi trattati singolarmente nominati, hanno *status* costituzionale; altri, invece, possono acquistare questo *rango costituzionale* e essere aggiunti all'elenco attraverso il voto favorevole della maggioranza dei *due terzi* dei membri del Congresso, *in verbis*:

“I trattati e agli accordi [sui diritti umani] hanno *gerarchia superiore rispetto alla legge*. La Dichiarazione americana dei diritti e dei doveri dell'uomo, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Convenzione americana sui diritti umani, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici e il relativo protocollo opzionale, la Convenzione per la prevenzione e la repressione del crimine di genocidio, la Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, la Convenzione contro la tortura e altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti, la Convenzione sui diritti del fanciullo *hanno rango Costituzionale*, non abrogano nessun articolo della prima parte di questa Costituzione e devono essere intesi come complemento dei diritti e delle garanzie che essa riconosce. Essi possono soltanto essere denunciati dal Potere Esecutivo Nazionale, previa approvazione di due terzi di tutti i componenti di ciascuna Camera. *Gli altri trattati e convenzioni* sui diritti umani, dopo essere stati approvati dal Congresso, avranno bisogno del voto dei *due terzi di tutti i componenti di ciascuna Camera per acquisire rango costituzionale*” (corsivi nostri).

Secondo il Prof. Calogero Pizzolo, “l'attuale formulazione modifica sostanzialmente il sistema delle fonti del diritto dell'ordinamento argentino, dato che, attraverso l'art. 75, comma 22, incorporano un insieme di regole internazionali alla Costituzione argentina. Possiamo parlare forte e chiaro di “trattati costituzionalizzati” o di una “Costituzione internazionalizzata” (PIZZOLO, 2006, p. 1023).

Così, con la riforma del testo costituzionale del 2002, la Corte Costituzionale argentina si collega alla giurisprudenza della Corte Interamericana.

La *Costituzione brasiliana* del 1988, come modificata dall'Emendamento Costituzionale n° 45 del 2004, prevede delle disposizioni *molto simili* a quelle *argentine*.

In questo senso, nell'art. 5, comma 2 e 3, essa stabilisce che “i diritti e le garanzie espresse in questa Costituzione non ne escludono altri derivanti dal complesso dei principi da essa adottati, oppure dai trattati internazionali di cui la Repubblica federativa del Brasile fa parte” (comma 2). In seguito, il comma 3 afferma: “i trattati e le convenzioni internazionali sui diritti umani che sono stati

approvati da entrambe le camere del Congresso, in due turni, da tre quinti dei voti dei suoi membri, sono equivalenti agli emendamenti costituzionali”.

E, nella sentenza proferita nelle cause RE n° 466.343-SP (BRASILE, 2009b) e HC n° 87.585-TO (BRASILE, 2009a), la Corte Costituzionale brasiliana ha deciso che i trattati internazionali sui diritti umani *non approvati* con il quorum qualificato dell'art. 5, comma 3, della Costituzione Federale hanno *natura sovraleale*³.

In questo senso, il Giudice Celso de Mello, della Suprema Corte brasiliana, afferma che "la Costituzione, molto più che l'insieme di regole e principi formalmente positivizzati, deve essere recepita per lo spirito che la anima, allontanandosi, quindi, da una comprensione minimalista concettuale (BRASILE, 2002, p. 9).

Oggi, tra i numerosi *organi specifici* per la difesa dei diritti umani creati dai trattati già ratificati dal Brasile, il governo brasiliano ha riconosciuto: a) nel 1998, la giurisdizione obbligatoria e vincolante della Corte Interamericana dei diritti umani, organo della Convenzione Interamericana sui diritti umani; b) nel 2002, il Protocollo opzionale alla convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, dando poi potere al suo Comitato di ricevere le petizioni delle vittime di violazioni dei diritti tutelati dalla presente convenzione; c) nel 2002, il Brasile ha ratificato lo Statuto di Roma, che riconosce la giurisdizione della Corte Penale Internazionale, che giudica, in breve, gravi crimini contro i diritti umani, come crimini di guerra, genocidio, crimini contro l'umanità e il crimine di aggressione; d) nel 2006, la competenza del Comitato per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale per ricevere ed esaminare le denunce delle vittime di violazioni dei diritti tutelati dalla stessa Convenzione (SAVONITTI MIRANDA, H., 2007, p. 254).

5. CONCLUSIONE

Come si è visto, le costituzioni di *quasi tutti* i paesi dell'America Latina prevedono *meccanismi di apertura* per il riconoscimento dei trattati e delle convenzioni internazionali sui diritti umani – sia con rango *sovraconstituzionale*, sia *costituzionale* che con *status sovraleale* –, oltre che delle giurisdizioni degli organi integranti del sistema di protezione dei diritti umani. L'*eccezione*, come abbiamo avuto l'opportunità di esaminare, è il *Venezuela* (SCARCIGLIA, 2014, p. 385).

Tuttavia, nella maggior parte dei paesi membri dell'Organizzazione degli Stati Americani, tra cui il Brasile, *non esiste* una procedura *standard* per l'attuazione delle decisioni di questi organismi internazionali con funzioni giurisdizionali e mancano dei meccanismi efficaci per la loro attuazione. Il Perù, al contrario, ha promulgato una legge processuale per regolare il compimento delle sentenze internazionali.

La legge del 5 luglio 2002, n° 27.775, regola il compimento, da parte della *magistratura peruviana*, delle sentenze contro il Perù nei procedimenti dinanzi ai tribunali internazionali stabiliti dai trattati ratificati dal paese. Le sentenze internazionali devono essere trasmesse dal Ministero degli Affari Esteri al Presidente della Corte Suprema, che le spedisce alla Sezione dove eventualmente si è conclusa la giurisdizione nazionale sulla questione giudicata dal tribunale internazionale, e determinerà la sua esecuzione da parte del giudice del proprio processo precedente. Se precedentemente non vi è stato processo, l'esecuzione verrà affidata al giudice competente secondo le norme procedurali del paese.

Nel caso di condanna internazionale di pagamento di una somma in denaro, il giudice dell'esecuzione notificherà al Ministero della Giustizia l'obbligo di provvedervi

³ Fino ad oggi, il Congresso Nazionale brasiliano ha conferito *rango costituzionale* soltanto alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, e al suo Protocollo facoltativo, firmata a New York il 30 marzo 2007 ed approvata con il Decreto Legislativo n° 186, del 9 luglio del 2008.

entro dieci giorni. Se necessario, la legge prevede procedure per la liquidazione della sentenza internazionale. Ad esempio, se la Corte Interamericana condannasse il Perù a compensare i danni morali causati ad una persona che non è stata ammessa a un concorso pubblico per motivi religiosi, il giudice dell'esecuzione spedirebbe una notifica al Ministero della Giustizia per il pagamento entro dieci giorni dell'importo dovuto.

I giudizi internazionali che impongono misure di natura non indennitaria danno luogo all'emissione di un ordine del giudice dell'esecuzione, il quale determina che le istituzioni statali e gli organi coinvolti, qualunque esse siano, cessino la situazione che ha dato luogo alla sentenza internazionale ed inoltre indica le misure che devono essere adottate da quel momento in poi.

In breve, senza l'obbligo di approvazione o di procedura analoga, i giudizi internazionali vengono eseguiti dai giudici peruviani in un modo, sotto certi aspetti, più semplice di quello adottato per le sentenze locali.

Oltre al Perù, la *Colombia* ha promulgato la Legge n° 288/1996, però con una portata più ristretta, per disciplinare il compimento delle riparazioni imposte dal Comitato per i diritti umani del patto internazionale sui diritti civili e politici delle Nazioni Unite oppure della Commissione Interamericana per i diritti umani. L'Argentina ha elaborato un disegno di legge in materia che non è ancora stato approvato.

Un altro *grave problema* è che, attualmente, la Commissione sta attraversando una profonda crisi finanziaria, che provoca gravi conseguenze sulle sue funzioni di base e sulla sua capacità di adempiere al suo mandato. Il 31 luglio 2016 sono scaduti i contratti di circa il 40% (quaranta per cento) del suo personale amministrativo e, in questo momento, *non* ci sono né le *risorse* né *l'aspettativa di raccogliere fondi* per rinnovare questi contratti. Inoltre, la Commissione ha sospeso tutte le visite programmate per quest'anno, così come la 159^a e la 160^a Sessione, inizialmente previste per luglio e ottobre.

Forse il percorso seguito dal *Mercosur* – nonostante siano casi davvero distinti – possa fungere da *fonte di ispirazione* per risolvere il problema. Questo perché, il Trattato di Brasilia, del dicembre 1991, aveva disciplinato la soluzione delle controversie *senza creare* alcun organo giudiziario per il Mercosur. Dunque, quando le controversie non venivano risolte mediante un'intesa tra le parti, oppure nell'ambito deliberativo del gruppo stesso, si ricorreva all'arbitrato.

Nei primi dieci anni la maggior parte delle controversie sono state risolte attraverso l'intesa diretta. Tuttavia, il *Trattato di Olivos*, in vigore dal gennaio 2004, ha istituito una Corte Permanente di Revisione (*Tribunal Permanente de Revisão – TPR*, in portoghese), che è un organo che esprime pareri sulle *istanze d'appello* relative alle decisioni arbitrali *ad hoc*, previste dal Trattato di Brasilia (REZEK, 2014, p. 166).

Il nuovo sistema di risoluzione delle controversie presenta *significativi progressi* in relazione al sistema precedente, tra i quali: a) la creazione di una Corte Permanente di Revisione; b) la comparsa di meccanismi di regolamentazione delle misure compensative; c) la creazione di norme procedurali ispirate al modello dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), quali la determinazione che l'oggetto della controversia sia limitato alla denuncia e all'impugnazione presentata alla Corte *ad hoc*; d) l'intervento opzionale del Gruppo Mercato Comune (GMC); e) la possibilità di scegliere il foro; e f) la possibilità di presentare denuncia da parte dei privati.

In questo senso,

“indubbiamente, la Corte Permanente di Revisione è la più grande innovazione introdotta dal protocollo, perché rappresenta un miglioramento del sistema giudiziario, dando dinamicità al sistema di risoluzione dei conflitti. Il suo avvento implica fundamentalmente il raggiungimento di una maggiore coerenza tra le decisioni emanate dai tribunali arbitrali *ad hoc*, con la costituzione di una giurisprudenza unificatrice allo scopo di impedire l'adozione di interpretazioni divergenti nei casi che vengono sottoposti ai tribunali del Mercosur” (COUTINHO, 2004, p. 5).

Grazie alla creazione della Corte Permanente si è aperta la possibilità di avere un *organo d'integrazione omogenea*, impegnato nell'articolazione delle decisioni. Così, anche se ci sono tribunali *ad hoc*, sarà possibile la creazione di un vero e proprio diritto del blocco latino-americano, consentendo la realizzazione di un orientamento giurisprudenziale che fornirà una maggiore certezza del diritto non solo ai singoli individui ma anche agli Stati membri, mediante l'emissione di un *messaggio d'allerta*, che serve da diga di contenimento alla loro naturale tendenza all'unilateralità al momento del sorgere delle controversie.

Da tutto quanto esposto, si conclude che, nonostante l'esistenza di meccanismi di apertura delle costituzioni e del riconoscimento degli organi di protezione internazionali da parte della maggioranza dei paesi, il sistema di protezione latino-americano *necessita* di *meccanismi concreti* per offrire maggiore efficacia alle decisioni dei suoi tribunali.

BIBLIOGRAFIA

BRASILE. Supremo Tribunale Federale. ADI n° 1588-DF. Relatore Giudice Celso de Mello. *DJe* 11.4.2002.

BRASILE. Supremo Tribunale Federale. HC n° 87.585-TO. Relatore Giudice Marco Aurélio. *DJe* 26.6.2009a.

BRASILE. Supremo Tribunale Federale. RE n° 466.343-SP. Relatore Giudice Cezar Peluso, *DJe* 5.6.2009b.

COLOMBIA. Corte Costituzionale (Corte Constitucional). Exequatur. Giudice Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. *Sentencia C-578 del 30 de julio de 2002a*.

COLOMBIA. Legge n° 742 del 5 giugno 2002 (Ley n° 742 del 5 de junio de 2002). *Diario Oficial n° 44.826 del 7 junio de 2002b*.

CORTE IDH. Caso Gomes Lund e outros (“Guerrilha do Araguaia”) vs Brasil. *Sentença* 24.10.2010.

CORTE IDH. *História de la Corte IDH*, s.d.b. Disponibile da: <http://www.corteidh.or.cr/index.php/es/acerca-de/historia-de-la-corteidh> [consultato il 25 ago 2016].

COUTINHO, K. R. M. Protocolo de Olivos: um novo sistema de solução de controvérsias para o Mercosul. In *Avvocato Portal Jurídico*. Brasília. n. 10. set. 2004. 16 pp. Disponibile da: <http://www.avvocato.com.br/doutrina/ed0010.2004.gui0003.htm> [consultato il 27 set. 2016].

FRANCIA. Decisione n° 71-44 DC del 16 luglio 1971, del Consiglio Costituzionale francese (Décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, du Conseil constitutionnel français. Legge che integra le disposizioni degli articoli 5 e 7 della Legge del 1 luglio

1901, relativa al contratto di associazione (Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la Loi du 1^{er} juillet 1901, relative au contrat d'association). *Journal officiel du 18 juillet 1971*.

GÖZLER, K. *Le pouvoir de révision constitutionnelle*. Paris: Septentrion, 1995.

NEVES, M. *Transconstitucionalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

PIOVESAN, F. *Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

PIZZOLO, C. La validez jurídica en el ordenamiento argentino: el bloque de constitucionalidad federal. In *La Ley*. Buenos Aires. 2006-D.

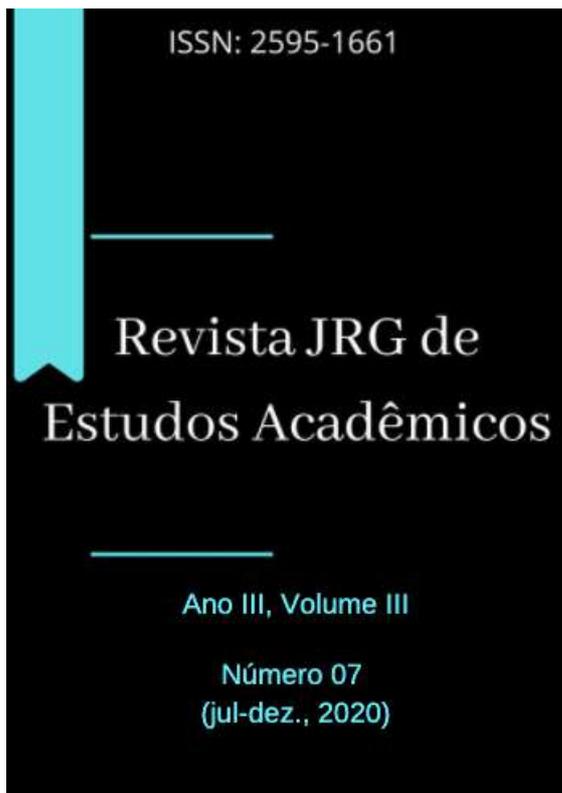
REZEK, F. *Direito internacional público*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

RUIZ, G.; RUIZ, R. Il diritto fondamentale alla tutela giurisdizionale effettiva nell'ordinamento costituzionale spagnolo. In *Diritti fondamentali e giustizia costituzionale: esperienze europee e nord-americana* (a cura di GAMBINO, S.). Milão: Giuffrè, 2012.

SAVONITTI MIRANDA, H. *Curso de direito constitucional*. 5. ed. Brasília: Senado Federal, 2007.

SCARCIGLIA, R. La "Costituzione" europea: dal patrimonio comune al quasi-federalismo. In: *Diritto costituzionale comparato* (a cura di CARROZZA, P.; DI GIOVINE, A.; FERRARI, G. F.). Roma-Bari: Laterza, 2014.

VENEZUELA. Nota diplomatica ufficiale n° 000125 del Ministro del Potere Popolare per le relazioni estere della Repubblica Bolivariana del Venezuela (Nota Oficial Diplomática n° 000125 del Ministro del Poder Popular para las Relaciones Exteriores de la República Bolivariana de Venezuela). 6 sett. 2012.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/04/2020.**

Data de reformulação: **06/09/2020**

Data do aceite: **06/09/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4068793>

Publicado: **2020-10-22**

TECNOLOGIAS DE SAÚDE MÓVEL PARA O APRIMORAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO – SIPNI

MOBILE HEALTH TECHNOLOGIES TO IMPROVE THE INFORMATION SYSTEM OF THE NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM - SIPNI

*Juliana Santana Pereira Galvão¹
Maria Helena da Silva Souza²
Sílvia Fernanda Boaventura Mendes³*

Resumo

Os sistemas informatizados de imunização possuem a finalidade de recolher dados relativos às práticas de imunização, de forma a produzir dados específicos a partir de uma esfera local, para facilitar as resoluções e condutas no campo de gestão de imunização. No Brasil, utilizamos o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, o SIPNI. O presente estudo se dispõe a

¹ Graduação em andamento em Enfermagem. Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4526-5400>

² Graduação em andamento em Enfermagem. Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000.0002.4888.2298>

³ Mestranda em psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Pós graduada em Docência em enfermagem, pela Universidade UNYLEYA. MBA em Gestão da qualidade nos serviços de saúde, pelo Instituto de ensino e pesquisa Albert Einstein e cursando pós graduação em Neurociências e Comportamento pela Pontifca Universidade do Rio Grande do Sul. Graduada em enfermagem pelo Centro Universitário Teresa D'Ávila. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8911-8993>

avaliar se novas ferramentas de tecnologia de saúde móvel (mhealth), homologadas pela OMS, podem aprimorar o SIPNI. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados LILACS, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO, BDEF e MEDLINE utilizando os descritores: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização, immunization. Os resultados deste estudo apontaram que iniciativas de saúde móvel com parcerias públicas, apesar do incentivo da OMS, não foram encontradas no Brasil, através de publicações. Os estudos acerca do tema SIPNI ainda são muito deficientes. As pesquisas encontradas sobre o tema saúde móveis (mhealth), com parcerias públicas, foram todas em outros países e expressam dados de importância qualitativa e quantitativa, a partir de esferas locais. A pesquisa concluiu que de maneira geral, existem evidências preliminares para apoiar o uso da tecnologia de saúde móvel mhealth, para ampliar a cobertura de vacinação em países de baixa e média renda e para aprimorar o sistema de informações do programa nacional de imunização, o SIPNI.

Palavras-chave: SIPNI. Saúde Móvel. Mhealth. Imunização. Immunization.

Abstract

Computerized immunization systems have the purpose of collecting data relating to immunization practices in order to produce specific data from a local sphere to facilitate the resolutions and conducts in the domain of immunization management. In Brazil, we use the Information System of the National Immunization Program, the SIPNI. The current study tends to evaluate if new technologies of mobile health tools, approved by WHO, can enhance SIPNI. It is an integrative review of literature in the databases LILACS, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO, BDEF and MEDLINE using the descriptors: SIPNI, mobile health, mhealth, immunization. The results of this study pointed out that mobile health initiatives with public partnerships, despite the encouragement of WHO, were not found in Brazil through publications. The studies about the SIPNI theme are still very deficient. The researches found about the topic of mobile health (mhealth), with public partnerships, were all in other countries and express data of qualitative and quantitative importance, from local spheres. The research concluded that in general, there is preliminary evidence to support the use of mhealth mobile health technology to expand vaccination coverage in low- and middle-income countries and to improve the information system of the national immunization program, the SIPNI.

Keywords: SIPNI. Mobile Health. Health. Immunization. Immunization.

Introdução

A história da imunização tem demonstrado inúmeros sucessos ao nível global, incluindo a erradicação da varíola e o controle ou eliminação de várias outras doenças evitáveis através da vacinação. Portanto, manter um alto desempenho de um programa de imunização é um dos objetivos de saúde públicos mais desafiadores (TOZZI et al., 2016).

Diante do êxito dos programas nacionais de imunização, surge a noção e a necessidade de gerir o grande volume de informações geradas, por meio da informatização, pois a informação sobre vacinação, com difícil acessibilidade e limitações, causa um impacto crucial nas estratégias de imunização, uma vez

que ela não pode ser ampla e oportunamente divulgada, bem como seus dados analisados (GROOM et al., 2015).

Os chamados sistemas de informação de imunização (SIIs) são bases de dados confidenciais e baseados na população, que contêm dados sobre doses de vacina administradas. Eles possibilitam o monitoramento da cobertura pelo provedor da vacina, através da dose, da idade ou outro grupo alvo e a área geográfica. Além de oferecer resultados para simplificar o acompanhamento individualizado. Esses registros compõem esses sistemas, que também tem outras capacidades, como o gerenciamento de estoques de vacinas, suprimentos e a geração de relatórios de eventos adversos (DANOVARO et al, 2013).

Os SIIs possuem a finalidade, de recolher dados relativos a partir de uma esfera local, para facilitar as resoluções e condutas no campo de gestão. No Brasil, tem-se estimulado o incremento e a implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, o SIPNI, que recebe recursos das três instancias do poder público para sua implantação (SILVA et al, 2018).

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) encontra-se em progresso para sua implantação, com o seu projeto-piloto implantado em 2010. O sistema enfrenta obstáculos e contrariedades relacionados à qualificação dos profissionais, ao domínio da tecnologia, ao custeio do sistema e à salvaguarda das informações (SILVA et al., 2018).

O SIPNI quando implantado substitui a necessidade de anotação em planilhas ou formulários. Garante o registro de dados por indivíduo e sua procedência, aprazamento de vacinação, estratégia de vacinação utilizada (rotina, intensificação, bloqueio, campanha, especial), grupos populacionais específicos (quilombolas, privados de liberdade, indígenas, assentados, população geral), mobilidade dos indivíduos, adesão e evasão ao programa, oportunidade perdida de vacinação, movimentação de imunobiológicos (laboratório produtor/fornecedor do imunobiológico, lotes disponíveis e utilizados, utilização de imunobiológicos, inclusive perdas físicas e técnicas), além de alimentar o SI-EAPV (BRASIL, 2011).

Além das características já mencionadas, agrega-se que o novo sistema, na sua concepção tem caráter descentralizado, uma vez que não somente a coleta, mas também a digitação dos dados é feita no domínio do município. A instalação do 'software' pode ser feita desde a sala de vacinas (BRASIL, 2011).

Com o mesmo intuito, ferramentas foram catalogadas pelo Observatório Global de Saúde (GHO), para eSaúde, que estabeleceu o mhealth ou saúde móvel, como prática médica de saúde pública, apoiada por dispositivos móveis, tais como telefones celulares, dispositivos de monitoramento, assistentes digitais pessoais (PDAs) e outros dispositivos sem fio (TOZZI et al., 2016; OMS, 2011).

Através desses novos instrumentos, foram criados sistemas de informação de imunização e ferramentas de suporte, que permitem a coleta de dados, registros digitais, gestão logística, comunicação bilateral e a transmissão de dados de imunização. Esses instrumentos estão sendo implementados maciçamente em países de baixa e média renda, através de parcerias público privadas, a um baixo custo e com uma alta taxa de efetividade (OMS, 2011; PATH, 2018).

Dispositivos de computação pessoal, os telefones celulares com geolocalização, prometem se tornar pilares estáveis das estratégias de saúde

pública. A associação desses recursos com outras ferramentas, como SMS e redes sociais, pode originar instrumentos inovadores para fundamentar a vigilância de eventos de saúde e outras atividades de saúde pública. Essa observação se disponibiliza ao monitoramento da cobertura de vacinas e ocorrência de EAPV, onde as mídias sociais podem melhorar as fontes tradicionais de informação (TOZZI et al., 2016).

Justificativa

Os programas Nacionais de Imunização são fundamentais para a saúde pública, colaborando sobremaneira para a melhora da qualidade de vida da população. O estudo das novas tecnologias móveis empregadas nas práticas de imunização em países de baixa e média renda, possibilita mediante a percepção dessas realidades, avaliar o ajustamento desses, ao nosso modelo e identificar possibilidades de melhoria do nosso sistema de informações.

Compreendendo que os SIs, respeitam os obstáculos, especificidades de cada economia, público, logística e território de cada país, o mhealth pode auxiliar o Brasil a enfrentar o desafio de prestar cuidados de saúde universais como a imunização, para uma grande e dispersa população, com a implantação de soluções tecnológicas inovadoras e de baixo custo.

A pesquisa possibilitará o aprimoramento do gerenciamento pela tecnologia acerca do sistema Informatizado de Imunização SIPNI, em implantação no Brasil, fornecendo subsídios teóricos.

Objetivos

- **Objetivos Gerais**

O presente estudo se dispõe a avaliar se novas ferramentas de saúde móvel (mhealth), podem aprimorar o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.

- **Objetivos Específicos**

Descrever o SIPNI;

Descrever algumas tecnologias de saúde móvel (mhealth).

Marco Teorico

O MHEALTH – SAÚDE MÓVEL

Em sua definição genuína mhealth ou saúde móvel, é um termo geral para o uso de telefones celulares e outras tecnologias sem fio em atendimento médico. A aplicação mais comum de mhealth é o uso de telefones celulares e dispositivos de comunicação para educar os usuários sobre os serviços preventivos de saúde. No entanto, o mhealth também é usado para vigilância de doenças, suporte ao tratamento, rastreamento de surtos epidêmicos e gerenciamento de doenças crônicas (KÄLLANDER et al., 2013).

Em seu relatório “mhealth New horizons for health through mobile Technologies”, 2011 (Mhealth Novos horizontes para a saúde através de tecnologias móveis) a OMS define mhealth como:

Um componente de saúde em linha. Até à data, nenhuma definição padronizada de mhealth foi estabelecida. Para efeitos do estudo, o Observatório Global para ehealth (GOE), definiu mhealth ou saúde móvel como prática médica e de saúde pública suportada por dispositivos móveis, como telefones celulares, dispositivos de monitoramento de pacientes, assistentes digitais pessoais (PDAs), e

outros dispositivos. (OMS, Manual mhealth New horizons for health through mobile Technologies, p. 06.).

O mesmo relatório contém dados da União Internacional de Telecomunicações (UIT) e revela que existe cerca de 5 bilhões de assinaturas de telefonia móvel no mundo, com mais de 85% da população mundial possuindo cobertura de um sinal sem fio comercial. Segundo o relatório, a cobertura de telefonia móvel em diferentes países de baixa e média renda excede outras categorias de infraestruturas, tais como, estradas pavimentadas e eletricidade. A tecnologia móvel sem fio, está revolucionando a maneira como os serviços de saúde, os dados e as informações são acessados, apresentados e gerenciados (OMS, 2011).

Em sua grande maioria, o governo dos países de alta media e baixas rendas estão utilizando estas ferramentas para suplementar e fortalecer os sistemas de saúde para a execução das **Metas de Desenvolvimento do Milênio** (OMS, 2011).

Este interesse se manifestou em uma série de implantações de mhealth em todo o mundo que fornecem evidências precoces do potencial das tecnologias móveis e sem fio. O mhealth está sendo aplicado na saúde materna e infantil e em programas para reduzir o peso das doenças relacionadas com a pobreza, incluindo HIV/AIDS e imunizações. (OMS, Mhealth Novos horizontes para a saúde através de tecnologias móveis p. 05.).

A investigação da OMS averiguou através do relatório, que a maioria dos Estados-Membros utiliza iniciativas mhealth, cerca de 83%, dos 112 Estados-Membros integrantes, narraram a presença de pelo menos um projeto mhealth no país (OMS, 2011).

De acordo com o relatório da OMS, em países de baixa e média renda, tem ocorrido um crescente interesse em capitalizar a onipresença da infraestrutura das tecnologias de saúde móvel para desenvolver centros de atendimento de saúde, que podem aumentar a acessibilidade dos conselhos de saúde e informações aos pacientes e ao público. Esta abordagem foi encontrada para superar as barreiras generalizadas dos sistemas de saúde, tais como, escassez de profissionais de saúde, existência de profissionais destreinados, e/ou informais, custo do serviço, transporte e falta de fontes de informação confiável (OMS, 2011).

O SIPNI - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

O objetivo do sistema é registrar individualmente dados de vacinação de todos os residentes do Brasil. Como objetivos específicos, deve fornecer dados sobre pessoas vacinadas; fornece números sobre movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação; reduzir erros de imunização e ser o único meio de transmissão de dados de vacinação para o Programa Nacional de Imunização, tendo como público alvo as salas de vacina de todo o Brasil onde serão vacinadas todas as pessoas do país (BRASIL, 2014).

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) surgiu através da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI), pela necessidade de mudanças no mecanismo de registro de dados sobre imunizações no país, especialmente adotando-se um sistema de

informação que ofereça dados do vacinado nominal e por procedência, possibilitando uma análise mais consistente dos indicadores da área de imunizações no país (BRASIL, 2011).

A partir dessa iniciativa em 2009, o SIPNI foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o propósito de coletar os dados referentes às atividades de vacinação de forma a produzir relatórios e informações individualizadas a partir de um município. Esses dados podem resguardar as decisões e estabelecer as ações e metas a serem desenvolvidas pela Vigilância em Saúde, na esfera de imunizações, no contexto de seu gerenciamento (BRASIL, 2014).

A sugestão inicial do SIPNI considerava seis módulos ou subsistemas, propostos com a finalidade de subsidiar a gestão do PNI através de um sistema informatizado. Esses módulos referiam-se ao:

- Sistema de Informação de Distribuição (SI-EDI);
- Sistema de Informação para Avaliação de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU);
- Sistema de Informação de eventos adversos após a vacinação (SI-EAPV);
- Sistema de Informação do Programa de Avaliação de Instrumentos (SI-PAIS);
- Sistema de Informação do Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão na Sala de Vacinas (SI-PAISSV);
- Sistema de Informação do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (SI-CRIE); e o.
- Sistema de Informação da Avaliação do Programa de Imunização (SI-API) (NÓBREGA, A. A.; TEIXEIRA A. M. S.; LANZIERI T. M, 2010).

Posteriormente houve a necessidade de desenvolver uma versão com a unificação dos módulos, em virtude da fragmentação dos dados e às limitações de caráter tecnológico e relacionadas à coleta dos dados. Esta versão foi denominada inicialmente como SIPNI desktop/off-line. Seu piloto foi lançado em 2010, nos estados da Paraíba, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. O principal objetivo da implantação era a cobertura em 100% das salas de vacina para a unificação das bases de dados e eliminar o paralelismo de Sistemas de Informação e melhorar o gerenciamento do Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2014).

Foi criada também uma versão do SIPNI para a 'web', de acesso livre, para determinadas informações, a qualquer pessoa. Através do sistema, é possível a busca de dados relacionados à cobertura vacinal durante as campanhas, consolidado de doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde, município ou estado, entre outros. Existe uma área restrita ao acesso a usuários que gerenciam o sistema nas diferentes instâncias (DATASUS, 2015).

Quanto à gestão e implantação do SIPNI, em 2012, em virtude da baixa adesão ao programa pelas salas de vacinas, o Governo Federal publicou a Portaria nº 2.636/2012, onde houve a liberação de cerca de R\$ 50 milhões em repasse aos Estados e Municípios para aquisição de equipamentos de informática para as salas de vacinas. A Portaria institui o repasse financeiro do fundo Nacional de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para fomento na implantação do sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2014).

Com o intuito de promover o entendimento e amparar a utilização do SIPNI, o PNI produziu videoaulas que contribuem no treinamento para utilização do novo sistema de informação. As videoaulas podem ser acessadas no canal

do Ministério da Saúde no YouTube® e podem ser assistidas por qualquer interessado. Um manual também foi lançado em 2014, que é um material didático que tem o intuito também de auxiliar o treinamento e solucionar dúvidas (BRASIL, 2014)

No final do ano de 2013, apenas 11,2% das salas de vacina estavam transmitindo dados do SIPNI. Em 2016, últimos dados encontrados, somente 57% das salas de vacinas estavam utilizando e enviando os dados do SIPNI (BRASIL, 2016).

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, que tem como base prática, fundamentos em evidências, reunindo e sintetizando o conhecimento científico já produzido sobre o tema, de maneira sistemática e ordenada contribuindo para o assunto investigado. A revisão integrativa é descrita, desde 1980 na literatura como método de pesquisa (MENDES et al., 2008).

Os critérios de inclusão estabelecidos para orientação da busca e da seleção dos estudos incluem os estudos que foram indexados nas bases de dados a partir dos descritores: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização, immunization. Publicações nacionais e internacionais, teses e dissertações divulgadas em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicações realizadas entre os anos de 2013 a 2018, sendo o levantamento bibliográfico realizado no período de maio a outubro de 2018. Foram excluídas as publicações que não correspondiam à temática da pesquisa, as que não apresentavam texto completo e as publicações repetidas.

Foi realizada uma busca on-line nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na base de dados do GOOGLE SCHOLAR, na base de dados de Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), na base de dados BDEF (Base de Dados de Enfermagem), PUBMED, e por último, na base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Além disso, foram pesquisados boletins, relatórios e documentos nos sítios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int>), da PATH (Program for Appropriate Technology in Health) - Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde (<https://www.path.org/>). Diante disso, utilizaram-se os seguintes descritores de tema, nos campos de busca das bases de dados: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização e immunization que foram agrupados durante a consulta nas bases de dados havendo a correlação entre os mesmos com o objetivo de refinar os estudos, já que os descritores separados apresentam informações muito amplas, não correspondendo com o objetivo do estudo.

Para o descritor SIPNI, após a leitura dos títulos e resumos, os estudos foram selecionados respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Foram encontrados 393 resultados e foram selecionados 3 estudos.

Para os descritores saúde móvel e imunização. As estratégias utilizadas para o acesso das bases de dados foram adaptadas para cada uma, por possuírem características específicas para o acesso aos estudos, como, por exemplo, o uso do operador booleano “and” e o uso de aspas para realizar a busca com a combinação de descritores. O uso dos operadores descritos fez-se necessário para que a pesquisa não fugisse do tema específico, pois saúde móvel deve necessariamente estar relacionada com imunização, encontrando-

se um total de 12 resultados e após a leitura dos títulos e resumos não foram encontrados estudos na língua portuguesa dentro do escopo da pesquisa.

Para os descritores mhealth e immunization foram utilizados os mesmos

Descritores	Bases de Dados												
	LILACS		GOOGLE SCHOLAR		SCIELO		BDENF		MEDLINE		PUBMED		
	E*	S*	E.	S.	E.	S.	E.	S.	E.	S.	E.	S.	
SIPNI	3	-	380	2	9	3	1	-	-	-	-	-	-
Saúde móvel and imunização	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Immunization and mhealth	-	-	1.630	-	1	-	-	-	35	1	60	8	
Total de estudos selecionados: 09													

critérios dos operadores, encontrando-se um total de 1.727 resultados nas bases de dados MEDLINE e PUBMED, todos na língua inglesa e após a leitura dos títulos e resumos estudos foram selecionados 6 estudos.

O Quadro 1 são apresentados os resultados decorrentes das buscas realizadas nas bases de dados já mencionadas.

Fonte: Autoras, 2018.

E* significa encontrados; S* significa selecionado.

A avaliação dos estudos quanto ao nível de evidência (NE) seguiu a Oxford Centre EvidenceBased Medicine.

Quadro 2 - Níveis de evidência por tipo de estudo Lorena, SP, Brasil, 2018.

NE*	TIPOS DE ESTUDO
1A	Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis. Estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante
1B	Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança
1C	Resultados do tipo "tudo ou nada". Estudo de série de casos controlados
2B	Estudo de coorte com pobre qualidade
2C	Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica).
3A	Revisão sistemática homogênea de estudos de
3B	Estudos de caso com grupo-controle.
4	Relatos de caso e série sem definição de caso controle.
5	Opinião de autoridades respeitadas ou especialistas. Revisão da literatura não sistemática.

Fonte: Oxford Centre Evidence-Based Medicine *NE- Nível de Evidência

Para obter as informações dos artigos selecionados, um dos instrumentos empregados foi a matriz de síntese (KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H.,

2007). Denominada matriz de síntese, ou matriz de análise, que tem sido aplicada como recurso de extração e organização de dados de revisão da literatura em várias disciplinas, devido à sua eficiência para resumir aspectos complexos do conhecimento.

RESULTADOS

O Quadro 3 expõe as características dos estudos segundo ano, local, objetivo, delineamento do estudo, nível de evidência. n= 9, 2018.

Estudo	Local Ano	Objetivo do estudo	Nível de evidência Científica/ Delineamento do Estudo	Resultados
01	Brasília, 2018	Realizar a Avaliação de Acessibilidade do Sistema Nacional de Informação do Programa de Imunização (SIPNI).	3b/ Estudo de caso com abordagem qualitativa	A descrição do SIPNI, baseada em documentos e evidências científicas, possibilitou compreender sua operacionalização, os principais eventos que a caracterizam. O modelo teórico-lógico configurou visual e sistematicamente a organização SIPNI com detalhes das entradas, atividades, produtos e efeitos esperados. As questões avaliativas foram avaliadas e validadas para avaliar o SIPNI.
02	São Paulo, 2015	Discutir as potencialidades de sistemas informatizados sobre imunização em relação à avaliação de coberturas vacinais, vigilância de eventos adversos e pesquisas acadêmicas, bem como seus desafios e limitações.	3b/ Estudo de caso controle	A crescente complexidade do Programa acarreta desafios inerentes ao seu desenvolvimento. O sistema informatizado de imunização, com dados nominais, é um instrumento inovador. Suas principais dificuldades estão no processo de implantação, treinamento dos profissionais, domínio da tecnologia, e sua constante manutenção e garantia da confidencialidade das informações. O incentivo ao desenvolvimento dessa ferramenta deve fazer parte das políticas públicas em saúde e contar com o envolvimento das três esferas de governo e das redes de vacinação pública e privada.
03	Rio de Janeiro, 2017.	Relatar a experiência da implementação da plataforma web do SIPNI no município do Rio de Janeiro a partir de setembro de 2016 e a utilização na rotina das salas de vacinação participantes, com avaliação das vivências do projeto piloto.	4/ Relato de caso	A mudança no processo de trabalho provocou, inicialmente, alguma resistência pelos profissionais, visto ser uma ferramenta nova que demanda mínimos conhecimentos de informática. Recomendamos ampliação da implantação do SIPNI/WEB, enquanto registro nominal, em todas as salas de vacinação, de modo a garantir rede integrada com outras unidades, respeitando a especificidade de cada território e dos profissionais envolvidos.

04	Vietnã, 2017	Desenvolver e implantar piloto para registro de imunização digital, ImmReg, para superar os desafios do sistema baseado em papel.	1A / Revisão de ensaios clínicos sistemática controlados randomizados	A administração oportuna da vacina oral contra pólio, e vacina contra o sarampo aumentou significativamente ao longo do tempo, desde o início até a pós-intervenção, até um ano após a intervenção. Em particular, a oportunidade da vacinação com a terceira dose aumentou. Para a vacina contra o sarampo, a taxa também aumentou. Além disso, a taxa de evasão de declinou de em 2013 para 0% em 2015.
05	Reino Unido, 2017	O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura disponível sobre o uso de mHealth para melhorar a vacinação em países de baixa e média renda com grande número de crianças não vacinadas.	3A / Revisão da literatura sistemática	Estudos revisados, 9 na Índia, 3 no Paquistão, 2 no Malawi e na Nigéria, e 1 em Bangladesh, na Zâmbia, no Zimbábue e no Quênia. 10 estudos revisados e 7 estudos demonstraram melhora na captação de vacinação após intervenções mhealth, incluindo lembretes de consultas, aplicativos para celular e mensagens pré-gravadas.
06	China, 2014	Avaliar a usabilidade e viabilidade do aplicativo e explorar a eficácia de um aplicativo de smartphone na melhoria da imunização de crianças na província rural de Sichuan, na China.	1A / Ensaio clínico randomizado	Os resultados forneceram evidências rigorosas para informar melhor o governo e o prestador de serviços de saúde sobre as taxas de cobertura vacinas através do aplicativo. Isso pode ser usado para melhorar a cobertura de imunização atualmente baixa na província rural e outras partes da China, bem como populações similares em outros locais de renda baixa e média.
07	EUA, 2015	Descrever as oportunidades de tecnologias móveis melhorarem programas de vacinas e SIIs.	3A / Revisão de Sistemática de Estudos.	Todos os estudos mostraram algumas evidências de que a intervenção de saúde móvel implementada teve um impacto positivo no comportamento do paciente ou do trabalhador de saúde.
08	Quênia, 2017	Avaliar se lembretes de serviços de mensagens curtas (SMS) e incentivos monetários pode melhorar a absorção de imunização no Quênia	1A / Estudo randomizado controlado	Foram encontrados efeitos significativos de SMS em muitas das populações desfavorecidas, que têm cuidadores na faixa de 40% mais baixa do status socioeconômico, que viveram mais de 30 minutos andando tempo para uma clínica e que tinham menos de 8 anos de escolaridade. A grande maioria dos cuidadores relatou ter recebido pelo menos um lembrete de SMS ou incentivo durante o estudo e que essas intervenções foram influentes em sua decisão de vacinar seu filho.

09	Quênia, 2016	Enviar mensagens de texto, lembrando os pais de levarem seus filhos para a segunda e terceira dose da vacina pentavalente, ou para o grupo controle (lembrete de rotina) na próxima data marcada.	1A / Estudo randomizado controlado	Lembretes de mensagem de texto podem reduzir as taxas de desistência de vacinação no Quênia. Recomendamos a implementação estendida de lembretes de mensagens de texto em serviços de vacinação de rotina.
----	--------------	---	------------------------------------	--

Fonte: Autoras, 2018

DISCUSSÃO

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização apesar de ser um projeto de grande envergadura, apresenta desafios específicos a sua implantação e mesmo o Ministério da Saúde tendo fomentado a estruturação em mais de 34 mil salas de vacinação, da rede pública, com equipamentos de informática, apenas 57% das salas estavam equipadas até o ano de 2016 (BRASIL, 2016).

Os obstáculos técnicos específicos estão relacionados ao acesso à 'internet' de boa qualidade; registro apropriado e pertinente de vacinação quando o sistema está sem rede; registros duplicados, pois as salas de vacinas de um mesmo município podem não se comunicar entre elas ou se atualizar regularmente, de maneira que um indivíduo cadastrado em uma unidade de saúde poderá ser novamente cadastrado em outra unidade do município; a falta de um identificador único e o não envolvimento dos gestores (SATO, 2015; GREFFE et al., 2017).

No que se refere ao diagnóstico documental, não foi identificado material que determinasse os objetivos para implantação do SIPNI no Brasil. Com as evidências, verifica-se que o SIPNI, vem sendo incorporado nas ações referentes ao setor de imunização, gradativamente no país (SATO, 2015).

A implantação do sistema está condicionada ao grau de envolvimento dos gestores municipais, existe, portanto, a constatação que existem diferenças no processo de implantação do SIPNI nos municípios brasileiros. Essas discrepâncias são motivadas pela não implementação de uma política para aquisição de equipamentos de informática e de um gerenciamento pela informação em saúde, direcionada aos processos de produção, utilização e divulgação de informações e à deficiente capacitação de recursos humanos para a gestão da informação (SILVA et al., 2018).

Dentro da concepção de uma inovação tecnológica e o conjunto de modificações estruturais e processuais que isso acarreta rotina dos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, esse processo profundo poderá estabelecer essa nova tecnologia ou em levar a sua não aceitação (SILVA et al., 2018).

Com o intento de afastar qualquer reprovação por parte das equipes ou dificuldade de operar o sistema, existem recomendações de treinamento para profissionais da atenção básica, com referências técnicas do SIPNI através de videoaulas no canal do Ministério da Saúde (MS) e do YouTube, com o objetivo de auxiliar e capacitar esses profissionais. Através dessa conduta, tinha-se o objetivo de implantar o sistema até o prazo de 31 de dezembro de 2013 (SILVA et al., 2018).

Constatação feita por SILVA (2018), através de estudo de avaliação do sistema, é que as informações coletadas pelo SIPNI são subutilizadas para

planejamento das ações e no gerenciamento dos serviços de vacinação. O delineamento das ações ocorre de acordo com a demanda espontânea dos usuários. Outra apuração do estudo, é que os gerentes têm pouco conhecimento sobre as reais aplicações dos sistemas de informação. Eles os interpretam, apenas como ferramentas obrigatórias, burocráticas, cuja finalidade é capturar dados de unidades de saúde e suas áreas de cobertura e direcioná-los para as esferas, municipal, estadual e federal.

As análises de TOZZI et al., (2016) também concluem que os sistemas de informações tradicionais de vigilância têm várias limitações, sendo as principais constatadas pelos autores as seguintes:

- As informações coletadas por meio de prestadores de serviços de saúde, quando não realizadas diretamente com o usuário de indivíduos, portanto com os sistemas tradicionais de vigilância, não captam sinais de pessoas doentes que não procuram os serviços de saúde;
- Os sistemas tradicionais baseiam-se em definições de casos e, portanto, podem perder doenças emergentes, bem como combinações inesperadas de sinais sintomas;
- Entre o surgimento dos sinais e sintomas de uma doença e a produção e a disseminação de dados agregados, existe um intervalo considerável.

Na linha dos estudos de tecnologias de saúde móvel, mhealth, um estudo de revisão sistemática que avaliou a aplicação de tecnologias de saúde móvel em 21 localidades, sendo estes localizados em Bangladesh, Índia, Quênia, Malawi, Nigéria, Paquistão, Filipinas, Zâmbia e Zimbábue. As estratégias envolviam o uso de ligações telefônicas ou lembretes por SMS para incentivo da vacinação, outros também utilizavam aplicativos interativos através de GPS (OLIVER et al., 2017).

Um dos estudos, realizado no Zimbábue, onde um grupo de controle recebeu apenas educação em saúde e outro recebeu SMS de orientações sobre vacinação, foi comprovado nos três momentos de imunização, que a porcentagem de crianças totalmente vacinadas com a dose relevante de vacinas contra pólio, pentavalente e pneumocócica foi significativamente maior na intervenção do grupo controle. Em outro momento, na Nigéria, identificou-se, o aumento das taxas de cobertura em relação aos cuidados habituais ao receber lembretes telefônicos dois dias e um dia antes de uma consulta de vacinação (OLIVER et al., 2017).

Em outro tipo de aplicação para a tecnologia de saúde móvel, que foi utilizada também na Nigéria, com aplicativos de aprendizagem interativa, para auxiliar e rastrear o progresso dos profissionais de saúde na vacinação utilizou-se o sistema de posicionamento global (GPS) de telefones Android para rastrear onde as equipes de vacinação estiveram, o que ajudou a reduzir o número de assentamentos no norte da Nigéria que não haviam sido cobertos nas últimas três campanhas (OLIVER et al., 2017).

A revisão realizada por WATTERSON J.L.; WALSH J.; MADEKA I. (2015), revelou que em um estudo realizado na Tailândia, a imunização infantil obteve um aumento de 10% na proporção de crianças que receberam a vacinação em tempo útil, após a implementação de um aplicativo móvel para melhorar registros de usuários e o envio de mensagens SMS automáticas como lembrete de vacinação. Em outro estudo, realizado na região rural do Malawi, após receberem SMS ou lembretes de voz para educação em saúde, as mães

relataram uma mudança de comportamento real, incluindo o fato de trazerem seus filhos para as próximas doses de vacinas.

Os estudos randomizados avaliados durante a pesquisa corroboram com os dados das revisões sistemáticas. Os estudos realizados em 3 distritos do Quênia, em 152 vilarejos da zona rural, em 1 província do Vietnã, com práticas de incentivo baseadas em envio de SMS a grupos controles, avaliaram através de um grande número de participantes, que os lembretes por SMS foram eficazes na redução de desistências de vacinação, nos locais selecionados. A cobertura de vacinação foi significativamente maior do que aqueles que receberam lembretes de rotina. Estatisticamente os 3 estudos comprovam os mesmos números, sendo que os níveis globais de cobertura da imunização estagnaram em torno de 85%, e o uso de incentivos através de SMS, pode ser uma opção para atingir os 15% restantes (NGUYEN et al., 2017).

Dois projetos de saúde móvel (mhealth) foram desenvolvidos em parceria com a PATH (Program for Appropriate Technology in Health) — Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde, que é uma organização internacional de saúde sem fins lucrativos com sede em Seattle. A PATH tem como missão transformar a saúde global por meio da inovação. A organização adota uma abordagem empreendedora para desenvolver e fornecer soluções de alto impacto e baixo custo, desde vacinas que salvam vidas até programas de colaboração com as comunidades (PATH, 2018).

Um dos projetos foi desenvolvido no Vietnã e consistia em criar um sistema de informações do programa nacional de imunização, a partir de uma população local, através de dispositivos móveis. Os dados exportados para o sistema de informações foram usados para comparar a taxa de imunização, a taxa de abandono e a oportunidade da vacinação antes e depois da intervenção. A pesquisa concluiu que a administração oportuna de vacinas aumentou significativamente ao longo do tempo, desde o início até a pós-intervenção, até um ano após a intervenção (NGUYEN et al., 2017).

Outra intervenção feita pela PATH em uma província da China, através de tecnologias de saúde móvel para apoiar os médicos que trabalham na saúde básica. O aplicativo permitia marcar e remarcar consultas automaticamente, registrar e atualizar as informações de imunização das crianças, gerar uma lista de crianças que perderam suas consultas de vacinação e enviar informações sobre educação em saúde aos médicos da província (CHEN et al., 2014).

CONCLUSÃO

A revisão integrativa possibilitou identificar a condição adversa e os desafios em que se encontra a implantação do SIPNI. As dificuldades na esfera municipal, relativas à inclusão e a operacionalização do Sistema. O relevante questionamento seria se existe a sugestão para sua sustentabilidade do sistema.

Para um SIPNI eficiente e sustentável, seria fundamental reafirmar uma nova política de implantação estabelecendo um compromisso em todos os níveis, reavaliar as ferramentas tecnológicas, avaliar os aspectos financeiros, administrativos e técnicos, bem como o tempo e a proporção da implementação.

As tecnologias de saúde móvel demonstram ser uma opção de sustentabilidade para o SIPNI, ao passo que demonstram oferecerem excelente custo-efetividade. Através dos estudos, atestam que podem ser empregadas de diferentes formas para beneficiar a absorção e a dinâmica dos sistemas de imunização. Mesmo que boa parte dos estudos necessite de grupos maiores de

comparação, os resultados demonstram, de maneira geral, um melhor fluxo de vacinas através das intervenções baseadas em tecnologias de saúde móveis.

As evidências são fornecidas por esta revisão, acerca da eficiência dos lembretes de SMS para as famílias sobre a vacinação, bem como para ferramentas educacionais para os trabalhadores de saúde e a criação de registros digitais através de dispositivos móveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação dos estudos relativos ao SIPNI, percebeu-se grande deficiência quanto ao número de artigos, manuais, regulamentos publicados. O que prejudicou o delineamento dessa inovação tecnológica.

Estudos relativos à mhealth ou saúde móvel com iniciativas públicas de qualquer natureza, não foram encontradas na língua portuguesa ou no Brasil, sendo necessário explorar estudos em outros países.

De maneira geral, existem evidências preliminares para apoiar o uso da tecnologia mhealth para ampliar a cobertura de vacinação em países de baixa e média renda e para aprimorar o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, o SIPNI.

Diante do momento de hesitação vacinal e a oposição à vacina, que são fenômenos cada vez mais preocupantes. A constatação da queda na confiança das vacinas pode ocasionar um evento mais grave, como a diminuição da cobertura vacinal, permitindo que o programa de imunização falhe. A utilização de ferramentas de saúde móvel pode beneficiar a imunização em quatro dimensões importantes dos programas de imunização, sendo eles: os registros de imunização, a vigilância de doenças evitáveis por vacinação e vigilância de EAPV e um quarto aspecto, representado pelo monitoramento da confiança nos programas de imunização, que pode ser facilmente integrado através dessas ferramentas, o que propiciaria a implementação de estratégias de informação sobre a vacina, fundamentadas em dados.

REFÊRENCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.** Versão 8. Brasília, Julho, 2011. <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2012/02/Manual-SIPNI-V8-Julho-2011.pdf>.

BRASIL. **Manual do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SIPNI.** 2014. Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/vacinacao/2016/manual_SIPNI_fev_2014.pdf.

BRASIL. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SIPNI.** 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/02/3.d-Sistema-de-Informacao-SIPNI-CIT.pdf>.

CHEN, L. et al. **Effectiveness of a smart phone app on improving immunization of children in rural Sichuan Province, China: study protocol for a paired cluster randomized controlled trial.** BMC public. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24645829>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Programa Nacional de Imunizações. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações**, 2015. Disponível em: <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>.

DANOVARO, H.M.C. et al. **Registros electrónicos de vacunación en América Latina: avances y enseñanzas**. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013 Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n5-6/453-457/>.

FERREIRA, F.C.L. **Avaliação da satisfação de usuários sobre o atendimento de enfermagem: revisão integrativa**. Universidade de Brasília Faculdade de Saúde Departamento de Enfermagem Curso de Graduação de Enfermagem, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12027/1/2015_FlaviaCristinaLacerdaFerreira.pdf.

GREFFE, N. et al. **Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações no município do Rio de Janeiro: projeto piloto para implantação**. Rio de Janeiro: projeto piloto para implantação DOI.10.24118/revsf2525.4383.2.2.2017:354. Disponível em <http://https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/download/354/307>.

GROOM, H. et al. **Immunization Information Systems to Increase Vaccination Rates: A Community Guide Systematic Review**. 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/jphmp/Fulltext/2015/05000/Immunization_Information_Systems_to_Increase.2.aspx.

HAJI, A. et al. **Reducing routine vaccination dropout rates: evaluating two interventions in three Kenyan districts**. 2014 BMC public health vol. 16 152. 16 Feb. 2016, doi:10.1186/s12889-016-2823-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754928/>.

KÄLLANDER, K. et al. **Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low and middle income countries: a review**. Journal of medical Internet research vol. 15,1 e17. 25 Jan. 2013, doi:10.2196/jmir.2130. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636306/>.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. **The matrix method of literature review**. *Alternation*, Cape Town, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007. Disponível em: <http://alternation.ukzn.ac.za/Files/docs/14.1/12%20Klopper%20.pdf>.

LIMA, E.M. **Segurança de Assistência ao Paciente, 2016**. *Revista Enfermagem* v. 19, n. 2 (2016). Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13164/10306>.

MENDES, K.D.S. et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, 2008**. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.

NGUYEN, N. T. et al. **Digital immunization registry: evidence for the impact of mHealth on enhancing the immunization system and improving immunization coverage for children under one year old in Vietnam.** MHealth vol. 3 26. 19 Jul. 2017, doi:10.21037/mhealth.2017.06.03." Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547172/>.

NÓBREGA, A. A.; TEIXEIRA A. M. S.; LANZIERI T. M. **Avaliação do Sistema de Informação do Programa de Imunizações (SI-API).** Cadernos de Saúde Coletiva. v.18, n.1, p.145-53, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2014-a.pdf.

OLIVER, W. C. et al. **Using Mobile Phones to Improve Vaccination Uptake in 21 Low and Middle Income Countries: Systematic Review.** JMIR mHealth and uHealth vol. 5,10 e148. 4 Oct. 2017, doi:10.2196/mhealth.7792. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647459/>.

OMS. **World Health Organization, mHealth New horizons for health through mobile Technologies - Based on the findings of the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series.** Volume 3, 2011. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

OXFORD. **Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence,** 2009. Disponível: <http://www.cebm.net/oxfordcentre-evidence-based-medicine-levels-evidencemarch-2009/>.

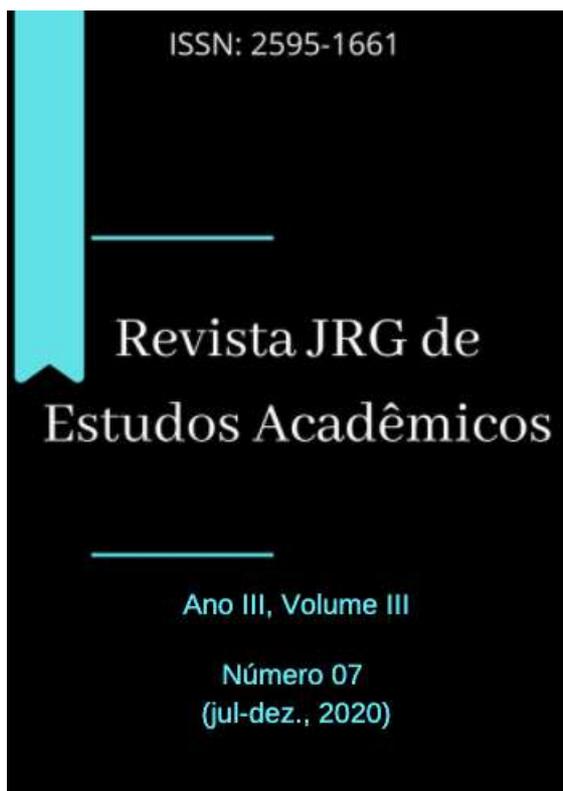
PATH. **Better data. Better decisions. Better health,** 2018. Disponível em: <https://www.path.org/projects/bid-initiative.php>.

SATO, A.P.S. **Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios.** Rev. Saúde Pública. 2015; 49:39. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf.

SILVA, B.S. et al, **Evaluation study of the National Immunization.** Rev. Bras. Enferm. vol.71 supl.1 Brasília 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700615&lang=pt.

TOZZI, A.E. et al. **Can Digital Tools Be Used for Improving Immunization Programs? Frontiers in public health.** 2016 vol. 4 36. 8 Mar. 2016,doi:10.3389/fpubh.2016.00036.Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782280/>.

WATTERSON J.L.; WALSH J.; MADEKA I. **Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature.** Biomed Res Int. 2015; 2015:153402. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561933/>.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **08/08/2020.**

Data de reformulação: **25/09/2020**

Data do aceite: **08/10/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4073482>

Publicado: **2020-10-08**

CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO LITERÁRIA

KNOWLEDGE OF NURSING STUDENTS ABOUT CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: LITERARY REVIEW

CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTICO: REVISIÓN LITERARIA

*Izadora Souza França¹
Maray do Nascimento Souza²
Renata de Moura Bubadue³*

Resumo

Introdução: O Transtorno de Espectro Autista - TEA é um déficit no neurodesenvolvimento comportamental, afetando direta e indiretamente a interação social e limitando as ações do indivíduo. **Objetivo:** Avaliar o grau de conhecimento dos estudantes da área de enfermagem a respeito do Transtorno do Espectro Autista. **Materiais e métodos:** trata-se revisão integrativa literatura nas bases de dados virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico, sites governamentais, **Resultados:** foram selecionados 8 artigos publicados entre 2010 a 2020, foram identificados que a prevalência de casos do TEA vem aumentando, devido a implantação de novas ferramentas de pesquisa de diagnóstico. Existe um grande déficit na graduação de enfermagem sobre a teoria e prática deste conhecimento. **Conclusão:** o conhecimento do estudante na graduação sobre o

¹ Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Góias Brasil. izafranca22@gmail.com

² Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Góias Brasil. marayvendas@gmail.com

³ Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Góias Brasil. renatamoura@senaaires.com.br

Transtorno do Espectro Autista será decisivo na aplicabilidade resolutive de um melhor prognóstico e eficácia no tratamento terapêutico. Sugere-se a abordagem do TEA na graduação de enfermagem de forma mais detalhada tanto na teoria como na prática, pois, com o aumento da prevalência do transtorno, o futuro profissional deverá ter mais segurança em suas ações contribuindo para uma qualidade assistencial.

Palavras chave: Enfermeiros Estudantes. Enfermagem. Autismo. Faculdade de Enfermagem.

Abstract

Introduction: Autistic Spectrum Disorder - ASD is a deficit in behavioral neurodevelopment, directly and indirectly affecting social interaction and limiting the individual's actions. Objective: To assess the degree of knowledge of nursing students about Autism Spectrum Disorder. Materials and methods: it is an integrative literature review in the virtual databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Google Scholar, government sites, Results: 8 were selected articles published between 2010 and 2020, it was identified that the prevalence of cases of ASD has been increasing, due to the implementation of new diagnostic research tools. There is a great deficit in the nursing gadget about the theory and practice of this knowledge. Conclusion: the student's knowledge of Autism Spectrum Disorder at graduation will be decisive in the resolutive applicability of a better prognosis and effectiveness in therapeutic treatment. It is suggested to approach the TEA in nursing graduation in more detail both in theory and in practice, because, with the increase in the prevalence of the disorder, the future professional should have more security in his actions contributing to a quality of care.

Keywords: Student Nurses. Nursing. Autism. Nursing Faculty.

Resumen

Introducción: trastorno del espectro autista: el TEA es un déficit en el desarrollo neurológico conductual, afecta directa e indirectamente la interacción social y limita las acciones del individuo. Objetivo: evaluar el grado de conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre el trastorno del espectro autista. Materiales y métodos: es una revisión de literatura integradora en las bases de datos virtuales: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Científica Electrónica en línea (SCIELO) y Google Scholar, sitios gubernamentales, Resultados: 8 fueron seleccionados En los artículos publicados entre 2010 y 2020, se identificó que la prevalencia de casos de TEA ha aumentado, debido a la implementación de nuevas herramientas de investigación de diagnóstico. Existe un gran déficit en el dispositivo de enfermería sobre la teoría y la práctica de este conocimiento. Conclusión: el conocimiento del estudiante sobre el trastorno del espectro autista en la graduación será decisivo en la aplicabilidad resolutive de un mejor pronóstico y efectividad en el tratamiento terapéutico. Se sugiere abordar el TEA en la graduación de enfermería con más detalle, tanto en teoría como en la práctica, porque, con el aumento de la prevalencia del trastorno, el futuro profesional debería tener más seguridad en sus acciones contribuyendo a una calidad de la atención.

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería. Enfermería. Autismo. Facultad de Enfermería

INTRODUÇÃO

O autismo é conceituado, diante do ponto de vista comportamental, como um transtorno que interfere no desenvolvimento humano, acoplado a inúmeras etiologias comportamentais na manifestação em graus de gravidade.¹ A palavra autismo possui seu

significado “autos” significa próprio e “ismo” desvendando um estado ou orientação pelo qual o indivíduo fica retido em si mesmo, ao longo dos anos este termo passou por diversas alterações, atualmente recebe o nome de Transtorno do Espectro Autista (TEA) obtida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, as características do espectro prejudica de forma constante no que se refere a comunicação relacionada com a interação social, sintomas apresentados desde a infância limitando diariamente o indivíduo.¹

No mundo, estudos apontam que há uma estimativa média de que uma em cada 160 crianças possui Transtorno do Espectro Autista, sendo que, nos últimos 50 anos, a prevalência do TEA está aumentando consideravelmente.² A ocorrência do transtorno tem início na infância e tende a persistir na adolescência e na fase adulta. No entanto, as manifestações são particulares e únicas para cada indivíduo, sendo que alguns vivem de forma independente e outros apresentam sinais e sintomas mais graves, fazendo com que necessitem de maior apoio e cuidados especiais².

Ao longo do exercício profissional, o enfermeiro exerce inúmeras funções na equipe multidisciplinar no contexto do cuidado à pessoa com TEA.³ O acompanhamento dessa pessoa deve ocorrer desde a infância até a vida adulta, sendo importante destacar que o conhecimento sobre o transtorno é identificado como uma base de excelência nesta abordagem.³ Na Atenção Primária, a avaliação do crescimento e desenvolvimento é fundamental para identificar necessidades de cada pessoa que vive com Transtorno do Espectro Autista, pois, a partir delas, intervenções serão elaboradas para promover o cuidado de qualidade individual e coletivo.³

Estudos apontam que o Enfermeiro tem pouco conhecimento sobre o assunto, uma vez que não é um tema aprofundado na graduação. Isso acarreta em menor performance no exercício profissional, pois, a falta de abordagem de algumas epidemiologias no decorrer acadêmico pode resultar em falha de compreensão e abordagem adotada com a pessoa que vive com Transtorno do Espectro Autista³.

A importância da revisão integrativa da literatura sobre o estudo do conhecimento relacionado às crianças com Transtorno do Espectro Autista para os estudantes de enfermagem ressalta as dimensões dos diversos contextos situacionais e interacionais, influenciando direto e indiretamente indivíduos do espectro autista, o conhecimento detalhado e aprofundado e suas implicações proporcionará segurança no atendimento e interação ao futuro profissional de enfermagem na sua aplicabilidade e resolutividade no decorrer das situações diárias no âmbito de trabalho⁴.

Este artigo foi construído a partir da reflexão do conhecimento adquirido na graduação de enfermagem, uma vez que conhecer as abordagens adotadas com essa pessoa incrementa a formação do estudante.

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo: descrever a literatura científica acerca do conhecimento dos estudantes da área de enfermagem a respeito do Transtorno do Espectro Autista.

MÉTODOS

Trata de um trabalho de abordagem qualitativa, adotado como método a revisão bibliográfica em base de dados virtuais. A pesquisa qualitativa é baseada em textos: a coleta de dados produz textos que são analisados através de diferentes técnicas⁵. No estudo foram apontadas as seguintes etapas para o desenvolvimento sendo: tema, estudos que relatam conhecimentos os estudantes de enfermagem têm sobre crianças com Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de responder a questão norteadora: Quais conhecimentos os estudantes de enfermagem têm sobre crianças com Transtorno do Espectro Autista?

A pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já 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 um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações⁶.

Utilizara-se na construção da identificação dos descritores os Descritores em Ciência da Saúde (DESCs), Medical Subject Headings (MESH): “enfermeiros estudantes” (“Students, Nursing”), “enfermagem” (“nursing”), “autismo” (“Autistic Disorder”), “faculdades de enfermagem” (“Schools, Nursing”) para a estratégia de busca foram utilizados o operador booleano: AND e AND-NOT: “autismo” (“Autistic Disorder”), AND-NOT “faculdades de enfermagem” (“Schools, Nursing”) e “enfermeiros estudantes” (“Students, Nursing”) AND “enfermagem” (“nursing”), AND “autismo” (“Autistic Disorder”). Ocorreu em língua portuguesa e estrangeira (inglês e espanhol), dependendo da base pesquisada.

A elaboração foi feita com base em artigos oriundos de bases de dados listadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo elas Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico além de Sites governamentais: Organização Pan- Americana da Saúde/ organização mundial da Saúde (<https://www.paho.org>), Ministério da Saúde (<http://bvsms.saude.gov.br>) e Sociedade Brasileira de Pediatria (<https://www.spsp.org.br/>), no período de 2010 a 2020.

Os critérios de inclusão consideraram artigos científicos de revisão bibliográfica em língua portuguesa e estrangeira (inglês e espanhol), disponíveis na íntegra e publicada entre 2010 e 2020 e sites governamentais. Foram excluídos da pesquisa manuais, protocolos, dissertações, livros e artigos científicos (estudo de caso, revisão bibliométrica, pesquisa ação, Survey), que fizeram fuga ao tema. Contudo foi realizada uma leitura de forma detalhada e criteriosa de cada texto, para assegurar que os textos estudados não fujam do tema proposto e da pergunta norteadora e dos critérios de inclusão e exclusão determinados.

Na utilização dos parâmetros na análise dos dados da revisão integrativa executada de forma descritiva, foram encontrados 50 artigos, sendo 10 artigos do banco de dados LILACS, 10 artigos científicos da SCIELO e 30 artigos científicos do Google acadêmico, foram selecionados artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e Sites governamentais: Organização Pan- Americana da Saúde/ organização mundial da Saúde (<https://www.paho.org>), Ministério da Saúde (<http://bvsms.saude.gov.br>), Sociedade Brasileira de Pediatria (<https://www.spsp.org.br/>), sendo que apenas seis artigos e dois sites governamentais atenderam a estes critérios específicos. Após submeter à leitura dinâmica e analítica, aplicando os critérios de inclusão, seis artigos científicos e dois sites governamentais, foram submetidos à análise temática de Minayo., sendo escolhidos três eixos para explanação da pesquisa: Causas e Consequências do Transtorno do Espectro Autista (TEA), A importância do conhecimento sobre o TEA para os estudantes de enfermagem, Desafios enfrentados pelos estudantes de enfermagem na Jornada Educacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram três categorias: Causas e consequências do Transtorno do Espectro Autista; A importância do conhecimento sobre o Transtorno do Espectro Autista para os estudantes de enfermagem; desafios enfrentados pelos estudantes de enfermagem na Jornada Educacional

Quadro 1: Quadro 1: Síntese dos assuntos analisados

Autor/ano	Título	Objetivo geral
Ferreira AC, Maricato MLB, Muniz GMM/ 2019.	Benefícios da equoterapia em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)	Analisar os benefícios que a equoterapia promove no tratamento de praticantes com TEA
Oliveira KG, Sertié AL /2017	Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para o aconselhamento genético.	Discutir sobre a visão atual da arquitetura genética do TEA, destacando as diretrizes relativas a testes moleculares e aconselhamento genético para pacientes.
Zanetti EB, Quaresma DR. /2020	Autismo na adolescência: uma análise da produção científica brasileira.	Revisar a literatura nacional de 2009 a 2019 na área da Psicologia, para verificar as produções acadêmicas sobre TEA (Transtorno do Espectro Autista) na Adolescência.
Sociedade Brasileira de Pediatria/2019.	Transtorno do Espectro do Autismo.	
Brasil. Ministério da Saúde/ 2013.	Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde.	
Barbosa PAS, Nunes CR/ 2019.	A relação entre o enfermeiro e a criança com transtorno do espectro do autismo	Refletir a importância do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o autismo, e especificamente, incentivar a capacitação em busca de uma assistência de enfermagem de qualidade à criança com TEA e promoção da qualidade de vida
Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Neto FRGX, Queiroz RSM, Amorim RF.	Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados.	Discorre sobre a formação profissional do enfermeiro, implicações da expansão das Instituições de Ensino Superior e a distribuição dessas no Brasil.
Melo RCCP, Queirós PJ, Tanaka LH, Costa PJ, Bogalho CID, Oliveira PISF/ 2017.	Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas	Identificar as dificuldades dos estudantes na interação com as pessoas cuidadas no ensino clínico e identificar as principais causas subjacentes.

Causas e Consequências do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O Transtorno do Espectro Autista - TEA é um transtorno de comportamento pelo qual ocorre um declínio neurobiológico á nível global, as causas afetam no desenvolvimento multifatorial, levando o individuo que sofre este transtorno dificuldades na interação social e afetividade, distorcendo a visão da criança ao mundo⁷. Apesar de ser um assunto bastante estudado mundialmente não há uma conclusão sobre a etiologia deste transtorno, portanto uma das principais hipóteses das causas são os fatores genéticos e ambientais, entretanto, algumas pesquisas apontam que sua causa é multifatorial, os meninos possui a incidência quatro vezes maior do que as meninas com inicio na infância⁷.

O Transtorno do Espectro Autista geralmente possui o inicio da manifestação em crianças a partir dos três anos de idade apresentando inúmeras dificuldades de interação, comunicação, socialização por muitas vezes o individuo poderá apresentar um retardo no desenvolvimento psicomotor, domínio na linguagem, movimentos imprevisíveis, sensibilidade ao som, repetição, ansiedade, problemas de concentração entre outros.⁷ O diagnóstico do TEA é baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, através da apresentação de déficits de comunicação, emoções, interação social, contato visual do quadro clinico, com a integração da equipe multidisciplinar.⁷ Estudos destacam a importância do diagnóstico precoce juntamente com o tratamento, pois ocorre uma melhora significativa, potencializando os efeitos benéficos a criança.⁷

Alguns fatores também são apontados como causas do Transtorno do Espectro Autista são eles: fatores hereditários, ambientais, infecções e o uso excessivo de medicamentos durante o período da gestação.⁸ Acredita-se que 50 a 90% dos casos sejam de fatores hereditários.⁸ A importância do entendimento das causas genéticas relatam os riscos recorrentes e possíveis prognósticos para uma eficácia nas intervenções terapêuticas.⁸

O transtorno do Espectro Autista se enquadra como um dos transtornos mais invasivos ao desenvolvimento humano, devido às diferenças formas e consequências do grau de autismo, pois, prejudica a comunicação social.⁹ Os primeiros sinais do autismo nos primeiros anos de vida são quase que imperceptíveis ao senso comum, o alerta inicia no momento em que a criança possui persistentes na ausência da fala, contudo o entendimento tardio para a chegada de um diagnóstico traz consequências danosas à criança, e aos familiares.⁹

A importância do conhecimento sobre o TEA para os estudantes de enfermagem

Na aplicação profissional o enfermeiro, referente ao atendimento do paciente com Transtorno do Espectro do Autismo deverá possuir conhecimento detalhado sobre este transtorno para o atendimento de qualidade em todo o processo de enfermagem, trazendo o contexto e a importância da necessidade de um aprendizado mais criterioso aos acadêmicos de enfermagem sobre a TEA, de forma a levar na prática uma melhor resolutividade da aplicabilidade do atendimento organizacional.⁷

Atualmente no mundo existe um aumento na prevalência do Transtorno do Espectro do Autismo, este aumento acontece devido ao resultado da ampliação dos diagnósticos ligados as ferramentas de rastreamento com propriedades psicométricas favoráveis, com o aumento desta prevalência as famílias têm dificuldades no sucesso da obtenção do diagnóstico em tempo hábil para a adequação do inicio do tratamento.¹⁰ Diante do contexto, há uma necessidade de conhecimento aprofundado sobre a TEA para os discentes de enfermagem, cabendo um olhar educacional das instituições de ensino.¹⁰

A compreensão do sujeito individual e na coletividade retrata ao estudante de

enfermagem a importância do conhecimento sobre o Transtorno do Espectro do Autismo para a vida, pois as adequações potencializadas a dificuldades deverá apontar futuramente a demonstração das experiências de situações vividas, sendo necessária a compreensão de todo o contexto do transtorno.¹¹

O enfermeiro em sua atuação tem como meta o cuidar, direcionando suas ações não só para o problema mais para a resolutividade das questões diárias no cuidado ao paciente com o Transtorno do Espectro Autista juntamente com suas famílias.¹² Uma grande parte dos profissionais de enfermagem possui uma atuação técnica, devido à deficiência da sua formação, não desenvolvendo outras competências no serviço de saúde.¹²

A falta do preparo do futuro profissional de enfermagem na atuação em saúde mental especificamente as crianças com TEA, impede que o cuidado ao paciente seja prestado de um processo interpessoal proporcionando ao indivíduo uma assistência biopsicossocial.¹² Deste modo será necessário um avanço no atendimento qualificado, mediante ao aumento de casos, existem uma deficiência sobre o assunto na abordagem de uma assistência de qualidade.¹²

Desafios enfrentados pelos estudantes de enfermagem na Jornada Educacional

Na jornada acadêmica, cada cenário educativo tem sua importância e relevância para a construção educacional do estudante de enfermagem, as inúmeras reflexões educativas, laborais, políticos, econômicos e sociais contribuem para uma visão além dos extremos retratados dentro das faculdades.¹³ A formação acadêmica bem desenvolvida logo reflete no campo profissional, esta reflexão é constatada na excelência dos indicadores de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, constando o conhecimento e a segurança de suas ações para atuação profissional.¹³

No estágio acadêmico, cenário que ocorre às práticas vivenciadas na teoria ao longo dos anos na graduação de enfermagem, etapa em que o estudante poderá viver alegrias e frustrações, sofrimentos e angústias.¹⁴ No caminhar educacional os discentes aprendem inúmeras noções de saúde doença, prevenção e hábito de vida, maneira diferentes de enfrentamento, autonomia, vivência, promoção à saúde, reabilitação entre outras agregações, porém, ainda existem deficiências de algumas situações pelo qual serão vivenciadas no período do estágio.¹⁴

As faculdades de enfermagem reconhecem as grandes complexidades na formação dos discentes, pois, os alunos são reflexos da absorção do conhecimento dentro das instituições de ensino na ligação profissional, ocorrendo um esforço contínuo no contexto teórico e prático.¹⁵ Apesar destes criteriosos esforços institucionais, nem sempre a teoria abraça a prática, devido às falhas e deficiências de ensino ao longo dos anos na graduação, a desarticulação da vivência evidencia dificuldades explícitas no desenvolver no estágio e no exercício da profissão, portanto as necessidades de intervenções na compreensão das principais dificuldades reforçadas pelo discente de enfermagem no contato com a realidade se torna importante no contexto educacional.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno do Espectro Autista é caracterizado como um transtorno que afeta o neurodesenvolvimento causando ao indivíduo déficits incalculáveis no decorrer do seu desenvolvimento, afetando direta e indiretamente sua interação social ao longo da vida e limitação de suas ações. A etiologia ainda é desconhecida, mas, alguns estudos apontam fatores ambientais, genéticos e o uso de medicações excessivo na gestação. O diagnóstico precoce será crucial para as intervenções terapêuticas para um caminhar de um prognóstico eficaz tanto para a criança como para seus familiares.

Na futura aplicação profissional o estudante de enfermagem terá uma longa caminhada. O conhecimento detalhado sobre alguns assuntos específicos como o

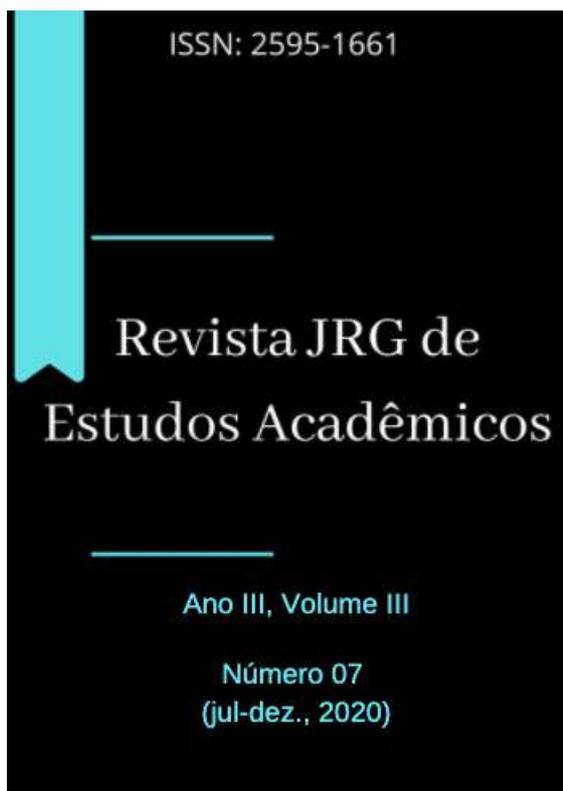
Transtorno do Espectro Autista ofertado na graduação fazendo interação com a prática assistencial será decisivo na aplicação de um atendimento de qualidade, entretanto, na avaliação do grau retratando o conhecimento do discente sobre o TEA, existe uma ocorrência de déficit no conhecimento nas especificidades no envolvimento da prática assistencial.

Ao analisar o estudo, conclui-se que o conhecimento do estudante na graduação sobre o Transtorno do Espectro Autista será decisivo na aplicabilidade resolutive de um melhor prognóstico e eficácia no tratamento terapêutico, tanto para o individuo como para a família. Sugere-se a abordagem do TEA na graduação de enfermagem de forma mais detalhada tanto na teoria como na prática, pois, com o aumento da prevalência do transtorno, o futuro profissional deverá ter mais segurança em suas ações contribuindo para uma qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Onzi Z, Gomes RF. Transtorno do espectro autista: A importância do diagnóstico e reabilitação. Rev. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 188-199, 2015. ISSN 1983-0882. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979/967>. Acesso em 23 de maio de 2020.
2. Brasil. Organização Pan- Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, OPAS Brasil. Folha informativa- Transtorno do espectro autista. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em 23 de maio de 2020.
3. Ferreira ACSS, Franzoi MAH. Conhecimento de estudantes de enfermagem sobre os transtornos autísticos. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(1):51-60, jan., 2019. Acesso em 23 de junho de 2020.
4. Lemos ELMD, Salomão NMR, Agripino-Ramos CS. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, Jan.-Mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382014000100009>. Acesso em 07 de set. de 2020.
5. Gunther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22 (10):201-210, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso 23 de maio de 2020.
6. Marconi MA; Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Editora Atlas, (11) 1992. 4a ed. p.43 e 44. Acesso 23 de maio de 2020.
7. Ferreira AC, Maricato MLB, Muniz GMM. Benefícios da equoterapia em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Disponível em: https://www.fisiosale.com.br/tcc/2017/ana_carolina_maria_laura.pdf. Acesso em 24 de junho de 2020.
8. Oliveira KG, Sertié AL. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para o aconselhamento genético. Rev. Einstein. 2017;15(2):233-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf. Acesso em 24 de junho de 2020.

9. Zanetti EB, Quaresma DR. Autismo na adolescência: uma análise da produção científica brasileira. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (marzo 2020). Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2020/03/autismo-adolescencia.html>. Acesso em: 24 de junho de 2020.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Transtorno do Espectro do Autismo. Acesso em 24 de junho de 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtornos_autismo_versao_preliminar.pdf. Acesso em 24 de junho de 2020.
12. Barbosa PAS, Nunes CR. A relação entre o enfermeiro e a criança com transtorno do espectro do autismo. Rev. Interdisciplinary Scientific Journal v.6, n.3, p.1-18, Jul-Sept, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n3a1>. Acesso em 28 de junho de 2020.
13. Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Neto FRGX, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. Rev. Ciênc. saúde coletiva 25 (1) 20 Dez 2019Jan 2020 •. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n1/25-35/>. Acesso em: 24 de junho de 2020.
14. Rudnicki Tânia, Carlotto Mary Sandra. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. Rev. SBPH [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Jun 24]; 10(1): 97-110. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100008&lng=pt. Acesso em: 24 de junho de 2020.
15. Melo RCCP, Queirós PJ, Tanaka LH, Costa PJ, Bogalho CID, Oliveira PISF. Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas. Rev. de Enfermagem Referência - IV - n.º 15 -2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn15/serIVn15a06.pdf>. Acesso em: 24 de junho de 2020.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/08/2020.**

Data de reformulação: **21/09/2020**

Data do aceite: **15/10/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4106552>

Publicado: **2020-10-19**

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO AO IDOSO SOBRE O ENVELHECIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO LITERÁRIA

THE NURSE'S ROLE IN ORIENTING THE ELDERLY ABOUT AGING IN BASIC CARE: LITERARY REVIEW

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ORIENTAR A LOS ANCIANOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN CUIDADO BÁSICO: REVISIÓN LITERARIA

*Flor de Liz dos Santos Silva¹
Erci Gaspar da Silva Andrade²*

Resumo

Introdução: O enfermeiro como gestor na Atenção Básica, exerce inúmeras atribuições, entre elas a de orientador, pois o enfermeiro como gestor deveria buscar ações encorajadas e educacionais. **Objetivo:** Analisar o papel do enfermeiro na orientação sobre o envelhecimento do idoso na atenção básica. **Materiais e métodos:** trata-se revisão integrativa literatura nas bases de dados virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico e sites governamentais **Resultados:** foram selecionados 8 artigos científicos publicados entre 2010 a 2020, foram analisados e identificados fatores de enfrentamento na orientação do processo de envelhecimento tanto para o idoso como para o enfermeiro **Conclusão:** o enfermeiro como orientador enfrenta dificuldades ao longo de sua jornada profissional devido a falta de alguns recursos, o enfermeiro como orientador enfrenta dificuldades ao longo de sua jornada profissional devido algumas

¹ Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Góias Brasil. flor3lizesantossilva@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6819-7119>

² Mestrado em andamento em Ciências em Educação. Emill Brunner World University, EBWU, Estados Unidos.ercigaspar@senaaires.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3223-0041>

intercorrencias na implantacoes de acoes de orientacao do processo de envelhecimneto, sendo necessario ampliacao na resolutividade dos problemas apresentados.

Palavras chave: Idoso. Envelhecimento. Enfermeiro. Atenção Básica

ABSTRACT

Introduction: The nurse as a manager in Primary Care, carries out numerous attribution,among them that of advisor, since the nurse as a manager should look for encouraged and educational action. Objective: To analyze the role on nurses in guiding the aging of the elderly in primary care. **Materials an methods:** it is an integrative litrature review in the virtual databases: Latin AmericanLatin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Google Scholar and government websites **Results:** 8 articles were selected published between 2010 and 2020, coping factors were analyzed and identified in guiding the aging process for both the elderly and the nurse **Conclusion:** the nurse as an advisor faces difficulties throughout his professional journey due to the lack of some resources, the nurses as counselors face difficulties throughout their professional journey due to some complications in the implementation of actions to guide the aging process, requiring expansion in solving the problems presented.

Keywords: Elderly. Aging. Nurse. Primary Care

Resumen

Introducción: la enfermera como gerente en Atención Primaria, realiza numerosas atribuciones, entre ellas la de asesor, ya que la enfermera como gerente debe buscar acciones alentadoras y educativas. Objetivo: analizar el papel de las enfermeras en la orientación del envejecimiento de los ancianos en la atención primaria. **Materiales y métodos:** es una revisión de literatura integradora en las bases de datos virtuales: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Científica Electrónica en línea (SCIELO), Google Scholar y sitios web gubernamentales **Resultados:** Se seleccionaron 8 artículos publicado entre 2010 y 2020, se analizaron e identificaron factores de afrontamiento para guiar el proceso de envejecimiento tanto para los ancianos como para la enfermera **Conclusión:** la enfermera como asesor enfrenta dificultades a lo largo de su trayectoria profesional debido a la falta de algunos recursos, el Las enfermeras como consejeras enfrentan dificultades a lo largo de su trayectoria profesional debido a algunas complicaciones en la implementación de acciones para guiar el proceso de envejecimiento, lo que requiere expansión en la solución de los problemas presentados.

Palabras clave: Ancianos. Envejecimiento. Enfermero. Atención Primaria.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro exerce atribuições fundamentadas na esfera da saúde humana, evidenciando cientificamente os parâmetros técnicos mesclados a um conjunto de práticas éticas, sociais entre outras no cuidado ao paciente idoso. No parâmetro geral, destaca-se o respeito à dignidade humana, retratando o bem-estar assistencial, englobando bases éticas e morais na relação com o idoso, para a sustentação de sua prática profissional, atuando na promoção, recuperação e prevenção na qualidade de vida da pessoa, família e coletividade¹.

A expectativa de vida do idoso vem aumentando em países desenvolvidos com a

transição demográfica, nesta perspectiva o enfermeiro necessita capacitar-se para atender o paciente idoso com qualidade assistencial. Na busca desta assistência foi aprovada a lei nº 8.842/94 estabelecendo a Política Nacional do Idoso (PNI), e regulamentada pelo decreto nº 1.948/96, direcionando medidas cabíveis em todos os níveis de atenção básica, tendo como objetivo demonstrar sugestões, participação e ocupação na convivência com o idoso para sua qualidade de vida².

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). O idoso é todo aquele que possui idade de 60 anos ou mais. No Brasil existem mais de 28 milhões de idosos, representando 13% da população brasileira, valores com grandes expectativas de dobrar a cada ano. No ano de 2043 um quarto da população brasileira terá mais de 60 anos³.

O Estatuto do idoso assegura aos mesmos direitos a todo aquele com idade igual ou superior a 60 anos, o processo de envelhecimento começa aos 20 anos, no decorrer dos anos irá ocorrer um pequeno déficit de algumas funções sendo diferenciado a cada pessoa, ocorre a partir dos 30 anos mudanças físicas discretas como aparecimento de rugas, cabelos brancos, pele ressecada, problemas de memória etc.⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada em seus princípios e doutrinas, sendo umas das grandes conquistas sociais alcançadas, consolidada nas três esferas do governo (federal, estadual, municipal), no atendimento das demandas assistenciais⁵. A atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde servindo de acesso aos usuários do SUS, correlacionado com diversos programas e ações diversificados a população idosa⁶.

Relacionado à diversidade de programas instituídos na atenção básica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Qual o papel do enfermeiro na orientação do idoso sobre o envelhecimento? Em contrapartida, relacionada á esses aspectos, o presente estudo tem como objetivo: Analisar o papel do enfermeiro na orientação sobre o envelhecimento do idoso na atenção básica.

MÉTODOS

Trata de uma revisão integrativa da literatura, para responder o questionamento Qual o papel do enfermeiro na orientação do idoso sobre o envelhecimento? No levantamento dos artigos foram realizadas busca da literatura nas bases de dados virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico, artigos publicados em 2010 a 2020, utilizando os descritores de saúde: (idoso, enfermeiro, atenção básica, envelhecimento). Os critérios de inclusão foram publicações de artigos científicos em língua portuguesa e estrangeira, disponível na íntegra do ano 2010 a 2020. Para o embasamento científico do estudo foram utilizados artigos referentes à temática. O critério de exclusão foram artigos científicos, dissertações, livros, revistas que fizeram fuga ao tema.

Na utilização dos parâmetros no levantamento de dados virtuais, foram encontrados 90 artigos, 20 artigos do banco de dados Lilacs, 40 artigos do banco de dados da Scielo, 30 artigos do Google Acadêmico, Foi realizada leitura analítica de acordo com os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, sendo que apenas oito artigos atenderam a estes critérios selecionados, que possibilitou a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização destas que visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa. Para operacionalizar a pesquisa os achados serão discutidos em categorias; Ações governamentais voltadas aos idosos; Intercorrências no processo de orientação ao idoso; Pontos positivos e negativos da orientação do enfermeiro na Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1: Características e principais resultados dos estudos examinados

Autor/ano	Título	Objetivo geral	Fatores de enfrentamento
Damaceno MJC, Chireli MQ / 2019	Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores	Analisar a implementação e o processo de trabalho nos cuidados ao idoso pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em município brasileiro	Acessibilidade; Preparo profissional do enfermeiro.
Vieira RS, Vieira RS/ 2016.	Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde.	Investigar os municípios de uma região do Sul do estado de Santa Catarina conhece e aplicam a PNSPI durante as ações realizadas na atenção básica à saúde, em especial nas unidades de Estratégia de Saúde da Família, à luz do que dispõem a Constituição e o Estatuto do Idoso.	Política planejada e continuada de ações de educação e saúde a pessoa idosa.
Veras RP, Oliveira M/ 2018.	Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado	Colaborar com a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica	Coordenação dos sistemas de saúde.
Mendes JLV, Silva SC, Silva GR, Santos NAR/ 2018.	O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura	Descrever os trabalhos que abordam o aumento da população idosa no Brasil e seu envelhecimento.	Condições de saneamento básico; Nutrição; Vacinas; Patologias;
Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM/	Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa	Analisar as evidências científicas que abordam os fatores	Viuvez; Mudanças do padrão de Beleza juvenil; Sexualidade.

2013.		que interferem na sexualidade de idosos	
Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO, Torres KMS, Tavares MTDB / 2018.	Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa	Identificar e analisar a produção científica acerca do comportamento e conhecimento sobre sexualidade de idosos que vivem com HIV	Idosos HIV positivo; AIDS;
Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP/ 2012.	A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família	Descrever a configuração do trabalho da enfermeira com o idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando as ações nas quais se concentram a sua atuação.	Promoção de saúde;
Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC/ 2018.	Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção	Analisar as concepções dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades Básicas de Saúde quanto à detecção e prevenção de idosos violentados.	Violência contra o idoso

Ações governamentais voltadas aos idosos

As dimensões relativas ao processo de envelhecimento na ocorrência das mudanças expressivas que envolvem toda uma sociedade individual e coletiva, sendo cada direcionamento com suas respectivas relevâncias. Este processo não se trata apenas de uma etapa homogêneo, evidentemente esta aplicação acontece nas alterações demográficas na diversidade das políticas públicas. Diante deste contexto foi aprovado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde da pessoa idosa (PNSPI)⁷.

O idoso que completa 60 anos já possui direitos especiais estabelecidos e garantidos por lei, com garantias legais retratados em diretrizes e princípios, em que os estados têm obrigação de cumprir todos estes direitos, sendo elas: lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso, lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso e a portaria nº2.528 do ano de 2006 - Política Nacional de Saúde a pessoa Idosa, objetivando o atendimento com dignidade com necessidade das intervenções dos três entes federados (União, estados e municípios) e participação da comunidade. Assegurando a pessoa idosa os direitos a vida, saúde, alimentação, liberdade, respeito entre outros⁸.

A Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa intensifica a promoção do processo de envelhecimento de forma saudável direcionada as interações das melhorias

funcionais do idoso pela adoção de medidas saudáveis, exclusão de comportamentos nocivos a saúde, alertas sobre as condições de quedas, riscos ambientais, importância da preservação da capacidade funcional, detecção de problemas de saúde etc. protocolos foram estipulados e agregados a inúmeras situações, um desses protocolos são para situações de risco a vida como os de queda, variações de humor, perdas sensoriais, nutrição⁹.

Na Atenção Básica a avaliação multidimensional é de grande relevância na ordenação do cuidado, sendo utilizada uma ferramenta essencial como a caderneta de saúde da pessoa idosa, o enfermeiro deverá estar capacitado para o uso deste recurso de grande importância. Um dos programas potencializadores para a qualidade de vida do idoso é o Programa da Academia da Saúde trazendo inúmeros benefícios e preservando a saúde do idoso. A aplicação da imunização, associadas às campanhas, garantindo a prevenção de inúmeras doenças como a influenza, doenças transmissíveis e pneumocócicas. Caberá a Atenção Básica a implementação e o desenvolvimento de todas as ações coletivas e individuais, de acordo com perfil do idoso¹⁰.

Intercorrências no processo de orientação ao idoso

O processo de envelhecimento é potencialmente alterado de acordo com os segmentos de vida do indivíduo em seus mais variados contextos de vulnerabilidade e inserção social. O idoso, vivência um processo de adoecimento de modo bastante singular, consistindo na implicação da incapacidade física que corrobora para a dor. Neste contexto segue a comunicação clara entre familiares e profissionais de saúde diante de doenças crônicas. Para o idoso a depressão deixa tudo mais difícil, pois abdica do autocuidado, os idosos vem de uma geração pelo qual a depressão era sem importância, pois não existia e não atingia esta classe com muita frequência¹¹.

O acesso é conceituado por variações de complexidade, por muitas vezes aplicado de maneira imprecisa relacionada aos serviços de saúde, seu significado é representado de forma variada entre várias situações. O acesso e a acessibilidade, no requisito de ações e serviços de saúde na Atenção Básica, possuem proporções semelhantes, para responder às necessidades de saúde sendo atrativa para as ofertas de serviços, direcionadas a capacidade de atender a demanda de uma determinada população. O idoso por sua vez necessita desta acessibilidade de informações de ações voltada ao seu processo de envelhecimento, pois, garantirá mais comodidade a população idosa¹².

O enfermeiro diante da expectativa de crescimento da população idosa exerce um papel fundamental no processo de envelhecimento, os mesmos devem ser capacitados para uma assistência integral de qualidade dentro da Atenção Básica, oferecendo uma gama de cuidados necessários aos idosos, visando sempre o bem-estar e a qualidade de vida, O enfermeiro tem como grande responsabilidade promover avaliar, desenvolver ações voltadas a uma assistência com várias dimensões na Atenção Básica¹³.

No decorrer da vida de um indivíduo, o processo de envelhecimento é progressivo afetando o organismo e ocorrendo inúmeras alterações fisiológicas na decorrência de fatores sociais, biológicos, psicológicos e culturais. Esta trajetória no processo de envelhecimento traz consigo grandes desafios quando vinculados a patologias. A progressiva queda da natalidade mundial dos idosos aconteceu devido modificações na estrutura ao longo dos anos, retratando dimensões favoráveis à descoberta de novos medicamentos, tratamentos, vacinas, mudanças na qualidade de saneamento básico, alterações nutricionais, nas políticas públicas mercado de trabalho entre outros, tais mudanças aconteceram de forma acelerada¹⁴.

Na fisiologia do processo de envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas podendo influenciar nas respostas sexuais tanto no homem quanto na mulher, um dos fatores recorrentes é a mudança de padrão de beleza, a insatisfação com a própria imagem corporal resultado ocasionado pelo aumento de peso, particularmente entre as

mulheres, levando as mesmas a ficar insatisfeitas com a própria aparência física, contudo desestimulando o manejo sexual sendo marcada como não realização de ordem física ou psicológica, a presença do parceiro(a) no decorrer da vida é vista como algo positivo na relações sexuais, na fase da viuvez homens e mulheres reagem de uma forma diferente, o homem é mais propício novos relacionamentos, a mulher fica mais reservada, conservando o luto por mais tempo¹⁵.

Uma das necessidades básicas da vida é a sexualidade, o sexo não desaparece na velhice, pelo contrário, prática cada vez mais explorada pelos idosos, no modelo atual o idoso está mais propício a contaminação pelo HIV, devido este assunto ainda ser marcado por muitos tabus e preconceitos. Nos dias atuais, o modelo ideológico contempla que a AIDS como doença afeta os grupos mais vulneráveis de risco, tornando assim algumas pessoas mais suscetíveis ao HIV, ignorando a prática segura de sexo, colocando toda uma população em risco¹⁶.

O crescimento da população idosa condiz como uma realidade geradora de grandes problemas na adequação da assistência ao idoso por muitas vezes falta de planejamento, pois envelhecer bem está ligado a atividades de autocuidado, palavras positivas, ambiente familiar Propício, esta bem economicamente e adequação a mudança de hábitos. A promoção à saúde diante das políticas públicas é de extrema importância para o processo de envelhecimento na atenção básica¹⁷.

O idoso fica mais vulnerável à medida que envelhece, por muitas vezes, quando o idoso fica sobre os cuidados de familiares tornam-se dependente físico e mental, a correlação de cuidados e vulnerabilidade leva a violência, em um ambiente familiar desastroso e cuidadores despreparados o idoso poderá passar por maus tratos, ato conceituado como violência doméstica. Na Atenção Básica como porta de entrada para os serviços de saúde o enfermeiro estará preparado para identificar tais casos de violência, entretanto muitos enfermeiros sentem dificuldades nesta identificação por falha na preparação levando estes profissionais sentimentos de impotência, tristeza entre outros¹⁸.

O cuidado do enfermeiro na orientação ao idoso

A atuação do enfermeiro na Atenção Básica é acompanhada por uma gama de mudanças assistenciais como: modelo assistencial pelo qual não está centrada apenas na cura e sim na integralidade do cuidado, intervenções dos fatores de riscos, prevenção, promoção à saúde e a eficácia da qualidade de vida. A gradativa prática do enfermeiro se consagra a partir das necessidades sociais da saúde sempre relacionando com outras diversidades do Sistema Único de Saúde. As atribuições do enfermeiro na Atenção Básica são direcionadas ao indivíduo, família e coletividade, na direção de uma assistência integral na promoção, prevenção, diagnóstico tratamento, reabilitação e na manutenção da saúde¹⁹.

O enfermeiro deverá objetivar sua formação profissional para organizar, avaliar, estudar, desenvolver, articular ações que a população idosa necessita. O envolvimento com a comunidade é de extrema importância devida estimular aos idosos a participação das ações adotadas. Estas ações tem como marco principal o princípio da integralidade prescrita na CF/88, que visualiza um conjunto de ações curativas e de prevenção. A educação em saúde possui algumas ações fundamentais aos idosos como: prevenção de queda, sexualidade, vacinas, saúde bucal, reuniões de hiperdia. O enfermeiro possui algumas divergências para a aplicação dessas ações como dificuldade de recursos financeiros, alguns idosos não conseguem captar as práticas educativas por não irem acompanhadas de familiares²⁰.

O enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades na unidade de atenção básica de saúde referente aos procedimentos de suas funções profissionais poderá colocar em prática sua capacitação voltada aos idosos como: a integração das ações

voltadas aos idosos, realização de visitas domiciliares, consultas de enfermagem incluindo a avaliação multidimensional, solicitar exames complementares, prescrever medicação conforme protocolo municipal da região assistida, atividades de apoio na supervisão dos agentes comunitários de saúde, auxiliar e técnico de enfermagem, contudo na articulação de promoção em saúde todas as ações voltadas aos idosos são de competência do enfermeiro ²¹.

Foi instituído no ano de 2006 pela Organização das Nações Unidas (ONU) o dia Mundial de conscientização da violência contra o idoso. Sendo implantada no Brasil a notificação de violência pela área da saúde, passando a ser compulsória no ano de 2011. Os idosos sofrem violência normalmente no âmbito familiar, violência seguida de abandono, negligência, violência sexual, econômico, financeiro, violência a si mesmo, física e mental. O enfermeiro diante deste contexto tem um grande desafio que é identificar e conseguir a confiança do idoso agredido e conseqüentemente notificar, entretanto, uma grande problemática, pois muitos casos não são notificados, a identificação e percepção são decisórias para a resolutividade de estratégias e intervenção. A notificação é agregada a fim epidemiológico, seguindo como um processo interno dentro da saúde pública, encaminhados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro da atenção básica diante de todas suas atribuições englobando os cuidados a população, atua de forma decisiva na promoção, recuperação, preservação individual e na coletividade retratando uma qualidade assistencial. Seu papel como orientador em todas as fases no processo de envelhecimento destaca os desafios de enfrentamento, resolutividade e implantação de novas ações, será de extrema importância para a população idosa em sua trajetória.

O idoso é aquele considerado com a idade de 60 anos ou mais, a expectativa de vida dos idosos vem aumentando cada vez mais no decorrer dos anos, o enfermeiro precisará se capacitar de acordo com os novos desafios e enfrentamentos desta nova geração, vive-se em uma década em que a informação está explícita, sendo que muitos idosos ainda precisam de orientação no processo de envelhecimento.

As ações governamentais garantirá a preservação dos direitos aos idosos através do Estatuto do idoso lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003, que defenderá os direitos relacionados à vida, liberdade, respeito, dignidade, alimentação, saúde, convivência familiar e comunitária, a Política Nacional do Idoso da lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, tem como objetivo principal a garantia dos direitos sociais aos idosos, elaborando condições de autonomia, integração e participação na sociedade e por fim a Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 sua finalidade e a de recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa acoplando medidas individuais e coletivas em concordância com o Sistema único de Saúde.

No enfrentamento desta orientação ao idoso, existem algumas intercorrências retratada no decorrer do processo de envelhecimento pelo qual o enfermeiro deverá está preparado para a resolutividade destes desafios como condições de acesso e acessibilidade, política planejada e continuada de ações, coordenação dos Sistemas de Saúde, problemas como saneamento básico, nutrição, vacinas, doenças, viuvez, depressão, alterações da beleza na juventude, sexualidade, AIDS, promoção a saúde e por fim a violência contra o idoso. Problemáticas somatórias para grandes desafios na elaboração de ações específicos para este enfrentamento tanto para o enfermeiro como para o idoso.

Diante dos assuntos estudados neste artigo a orientação do processo de envelhecimento acoplada às ações governamentais, juntamente com grandes

problemáticas enfrentadas pelo idoso, segue como grande desafio ao enfermeiro na atenção básica, pois o enfermeiro como gestor da Unidade deverá buscar sempre ações encorajadas e educacionais. O enfermeiro como gestor na Atenção Básica, possui algumas divergências para a aplicação dessas ações como dificuldade de recursos financeiros, alguns idosos não conseguem captar as práticas educativas por não irem acompanhadas de familiares entre outros, sendo por muitas vezes inexistente ações específicas e orientação ao idoso. Sugere-se implantação de programas exclusivos para os idosos, palestras e seminários educativos, acompanhamento psicológico aos idosos na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Silva JPA. Humanização e cuidados de enfermagem à saúde da pessoa idosa. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/285>. Acesso em: 28 de março de 2020.
2. Paiva EP, Loures FB, Garcia W, Monteiro GOFA. Assistência dos enfermeiros ao idoso: um estudo transversal. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 4, p. 259-265, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br>. Acesso em: 28 de março de 2020.
3. Brasil. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 de março de 2020.
4. Resende JO, Silva FMR, Assunção RS, Quadros KAN. Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015 set/dez; 5(3):1831-1843. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br>. Acesso em: 28 de março de 2020.
5. Cabral JF, Silva JFG, Gleriano JS, Balderrama P, Borges AP, Silva AMC. Avaliação da atenção integral à saúde do idoso na percepção de profissionais. Rev. Bras promoç Saúde, 2019;328367. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br>. Acesso em: 28 de março de 2018.
6. Brasil. Atenção Básica ou Primária – Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br>. Acesso em: 28 de março de 2020.
7. Damaceno MJCF, Chirelli MQ, Implementação da saúde do idoso na estratégia saúde da família: visão dos profissionais e gestores. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 24(5):1637-1646, 2019. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1637.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
8. Brasil, Cartilha do idoso. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2020.
9. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1929-1936, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2020.
10. Brasil. Orientação Técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema único de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/Orienta----es-implanta----o-Linha-de-Cuidado-vers--o-final--ssima-30out2018.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2020.
11. Schenker M, Costa DHC. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2019, vol.24, n.4, pp.1369-1380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 19 de abril de 2020.
12. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde debate | rio de janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, out 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

13. Azevedo APB, Nascimento DS, Costa MFL. O papel da enfermagem na assistência a saúde a população idosa na atenção básica: uma revisão de literatura. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1403>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

14. Mendes JLV, Silva SC, Silva GR, Santos. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Educ. Meio amb. Saú.* 2018 jan/mar. V8 Nº 1. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/download/165/2>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

15. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* vol.19 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

16. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO, Torres KMS, Tavares MTDB / 2018. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* vol.25 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2020 Epub Feb 03, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n2/575-584/pt>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

17. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da Saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária a saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 158-167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>. Acesso em: 22 de abril de 2020.

18. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca

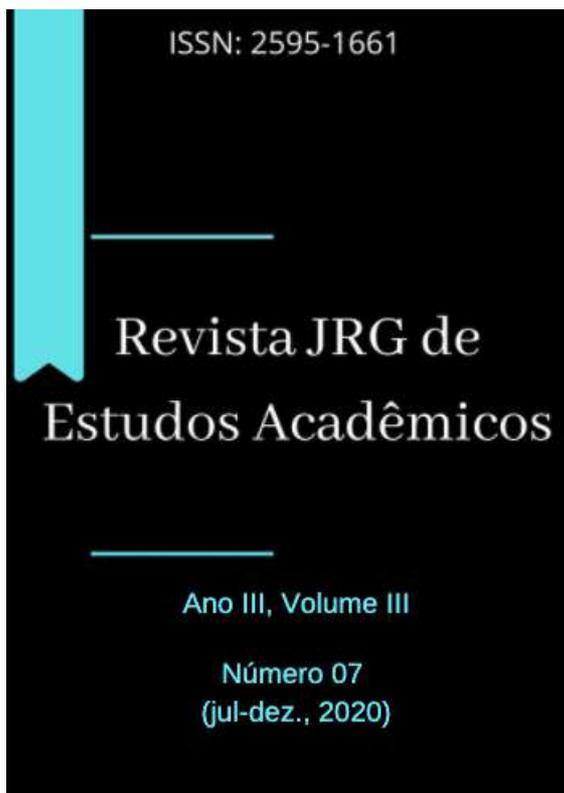
19. da detecção e prevenção. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e57462.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

20. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção primária a saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(supl1):752-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2020.

21. Vieira RS, Vieira RS. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica á saúde. *R. Dir. sanit.*, São Paulo v.17 n.1, p.14-37, mar./jun. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117042>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

22. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP/ 2012. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2105-2115, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/21.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2020.

23. Brasil. Notificação compulsória de violência contra o idoso tem evolução positiva. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sas/24102-notificacao-compulsoria-de-violencia-contra-o-idoso-tem-evolucao-positiva>. Acesso em: 21 de abril de 2020.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **18/09/2020.**

Data de reformulação: **15/10/2020**

Data do aceite: **20/10/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4110616>**

Publicado: **2020-10-20**

USO DE CONTRACEPTIVO ORAL “CIPROTERONA” NO TRATAMENTO A ACNE

USE OF ORAL CONTRACEPTIVE “CIPROTERONE” IN ACNE TREATMENT

*Lilia Portocarrero Sanchez¹
Walquiria Lene dos Santos²*

RESUMO

Contraceptivos Orais atualmente são recomendados para o tratamento a Acne. O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma pesquisa integrativa sobre o uso do Acetato de Ciproterona por mulheres acometidas por acne, para demonstrar e abordar a importância dos efeitos quando usados como terapia e não apenas como contraceptivo. A pesquisa justifica-se, considerando os estudos realizados e os efeitos do Contraceptivo Oral como tratamento alternativo a Acne. Neste trabalho a busca deu-se por meio das palavras chaves contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: “Contraceptivo oral”; “Tratamento”; “Acne”. Utilizou-se o operador booleando AND para junção dos descritores. Durante a pesquisa por artigos na plataforma BVS farmácia, utilizando as palavras chaves citados acima, foram encontrados um total de 14 artigos, dos quais 8 tiveram mais relevância para este trabalho. Ao término desta pesquisa, concluiu-se que uso de Acetato de

¹ Graduanda pela FACESA-Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, FACESA - GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1362-9508>. E-mail: lilyps08@hotmail.com

² Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás (2002) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2008). <https://orcid.org/0000-0001-6489-5243> E-mail: walquiria@senaaires.com.br

Ciproterona quando usados como terapia e não apenas como contraceptivo contribui para a melhora/cura a acne.

Palavras-chave: Contraceptivo oral. Tratamento. Acne.

ABSTRACT

Oral contraceptives are currently recommended for the treatment of acne. The present work aims to present an integrative research on the use of Ciproterone Acetate by women affected by acne, to demonstrate and address the importance of the effects when used as therapy and not just as contraceptive. The research is justified, considering the studies carried out and the effects of Oral Contraceptives as an alternative treatment to Acne. In this work, the search took place using the keywords contained in the DeCS (Health Sciences Descriptors), namely: "Oral Contraceptive"; "Treatment"; "Acne". The Boolean AND operator was used to join the descriptors. During the search for articles on the VHL pharmacy platform, using the keywords mentioned above, a total of 14 articles were found, of which 8 were more relevant to this work. At the end of this research, it was concluded that the use of Ciproterone Acetate when used as therapy and not only as contraceptive contributes to the improvement/cure of acne.

Keywords: Oral Contraceptive. Treatment. Acne.

INTRODUÇÃO

Os contraceptivos orais é um método utilizado para impedir a gravidez, entretanto eles também trazem vantagens no controle de outras patologias, acne, alopecia androgênica (perca de cabelo padrão), hirsutismo (crescimento excessivo de pelo) e síndrome de ovários policísticos.¹

O uso de anticoncepcionais orais é utilizado como tratamento coadjuvante para Acne porque estes medicamentos ajudam no controle de hormônios, como os androgênios, diminuindo a oleosidade da pele e a formação de espinhas.²

A acne é uma lesão causada pelo aumento da produção de sebo vinda das glândulas sebáceas. Ocorre a inflamação da pele quando folículos pilosos (regiões em que nascem os pelos) ficam obstruídos por sebo e células mortas. Assim causando espinhas, cravos e cicatrizes.³

Embora a acne seja mais comum em adolescentes, ela também aparece em mulheres adultas, porém com menos frequência. E em alguns casos ela piora dias antes da menstruação.⁴

Existem diversos fatores que desencadeiam a acne na mulher adulta, dentre eles fatores hereditários e oscilação hormonal, assim como também por alguns hábitos como, estresse, tabagismo, alimentação não saudável e o uso de produtos cosméticos inadequados.⁵

A terapia contra a acne com contraceptivos orais como a Ciproterona: Diane 35, Selene, Diclin ou Lydian; é de 3 e 6 meses de uso contínuo da pílula.⁶

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar uma pesquisa integrativa sobre o uso do Acetato de Ciproterona por mulheres acometidas por acne, para demonstrar e abordar a importância dos efeitos quando usados como terapia e não apenas como contraceptivo.

A pesquisa justifica-se, considerando os estudos realizados sobre os efeitos

do Contraceptivo Oral como tratamento alternativo a Acne.

MÉTODO

A Pesquisa Integrativa é um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões. Permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, combina dados da literatura teórica e empírica, definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, a partir de material já publicado.

Neste trabalho a busca deu-se por meio das palavras chaves contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: “Contraceptivo oral”; “Tratamento”; “Acne”. Utilizou-se o operador booleando AND para junção dos descritores. Durante a pesquisa por artigos na plataforma BVS farmácia, utilizando as palavras chaves citados acima, foram encontrados um total de 14 artigos, dos quais 8 tiveram mais relevância para este trabalho, frente aos objetivos propostos .

Os critérios de inclusão destes artigos foram estudos publicados nos últimos 15 anos sobre o uso de anticoncepcionais por mulheres acometidas por acne no tratamento desta patologia e não apenas como contraceptivo, apresentando as palavras chaves descritas acima.

Dentre os critérios de exclusão citam-se os artigos publicados em outra língua e que não atenderam aos objetivos propostos, justificando assim o número de artigos encontrados.

RESULTADOS

Ano	Autor	Objetivos	Título	Conclusão
2010	Montagner S.	Destacar as associações e combinações terapêuticas no manejo da acne, ressaltando-a como doença crônica que cursa com recorrências e necessita de manutenção terapêutica não só eficaz, mas, principalmente, segura.	Diretrizes modernas no tratamento da acne vulgar: abordagem inicial à manutenção dos benefícios clínicos.	Disponibilizamos de diversos medicamentos para o controle da acne. Ao abordá-la como uma doença crônica, ressaltamos a importância da terapia de manutenção para evitar possíveis recorrências. Para isso, é imprescindível a adesão do paciente. Investir na relação médico-paciente pode ter grande valia nesse sentido. Explicar o comportamento da doença e adaptar a administração dos medicamentos à rotina do paciente também podem favorecer a adesão. A acne é um campo constante de pesquisas. O avanço na compreensão de sua fisiopatologia contribui com o aperfeiçoamento da terapêutica, que abrange cada vez mais fatores e promete ao paciente maior satisfação em relação ao resultado.
2003	Vaz AL.	Apresentar uma revisão atualizada e sistematizada sobre o acne e o seu tratamento, numa perspectiva direcionada para os especialistas de Medicina Geral e Familiar	Acne vulgar: bases para o seu tratamento	Existe hoje uma grande variedade de terapêuticas que permitem tratar de forma eficaz a maioria dos tipos de acne, proporcionando benefícios não só de ordem física, mas também psicológica. Há dois princípios a ter em conta em qualquer tratamento da acne. O

				primeiro é iniciar o tratamento o mais cedo possível, a fim de reduzir o número de cicatrizes. O outro é que, após a conclusão de qualquer tratamento, os fármacos tópicos deverão continuar a ser utilizados por um período mínimo de seis a 12 meses. É importante ter presente que a par de todos os recursos farmacológicos disponíveis, um tratamento bem sucedido fundamenta-se na educação do doente e na promoção da sua adesão à terapêutica.
2003	Leyden J.	Neutralizar o número máximo de fatores patogênicos, mantendo um perfil de segurança e tolerabilidade aceitável.	Improving acne outcomes with combination therapy	Além dos estudos comparativos de monoterapia que demonstraram reduções nas lesões inflamatórias, estudos recentes confirmaram trabalhos anteriores demonstrando que uma eficácia mais rápida e significativamente maior pode ser alcançada quando retinóides tópicos são combinados com terapia hormonal oral.
2011	Figueiredo A.	Discutir a abordagem terapêutica – tópica e sistêmica – em cada forma clínica de acne	Avaliação e tratamento do doente com acne	Para cada classificação da acne e seu tipo clínico, existe uma abordagem terapêutica consensualmente recomendada.
2004	Katsambas AD,	Revisar a abordagem da acne vulgar em Atenção Primária.	Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade	Das várias opções terapêuticas farmacológicas disponíveis, destacam-se os retinóides, os antimicrobianos e a terapêutica hormonal, cuja utilização deve ser ponderada, tendo-se em conta as suas indicações – tipo de acne e sua gravidade – e os seus efeitos colaterais. Assim, o médico de família e comunidade desempenha um papel de primeira linha na abordagem da acne vulgar, desde o diagnóstico à gestão das opções terapêuticas.
2004	Darci VS.	Identificar fatores que podem contribuir para o aparecimento ou a piora da acne.	Acne na adolescência.	O sulfato de deidroepiandrosterona é o principal hormônio androgênico adrenal responsável pelo aparecimento de pêlos pubianos e axilares, seborréia, odores axilares, acne e fenômenos de adenarca ou pubarca em adolescentes.
2017	Bayer	Para o tratamento de distúrbios andrógeno-dependentes na mulher, tais como a acne, principalmente nas formas pronunciadas e naquelas acompanhadas de seborréia, inflamações ou formações de nódulos (acne papulopustulosa, acne nodulocística); alopecia androgênica; casos leves de hirsutismo; síndrome de ovários policísticos (SOP).	Bula Diane 35	
2017	Eurofarma	Selene® é utilizado no	Bula Selene	

		<p>tratamento de doenças relacionadas aos hormônios andrógenos na mulher, tais como a acne, principalmente nas formas pronunciadas e naquelas acompanhadas de seborreia, inflamações ou formações de nódulos (acne papulopustulosa, acne nodulocística); casos leves de hirsutismo (excesso de pelos) e síndrome de ovários policísticos (SOP). Para o tratamento da acne, Selene® deve ser usado quando terapia tópica ou tratamentos com antibióticos sistêmicos não forem considerados adequados.</p>		
--	--	--	--	--

REVISÃO

O quadro acima demonstra que os anos com maior número de artigos publicados foram em 2003. Demonstra que os objetivos pesquisados retrataram sobre a importância dos efeitos do Acetato de Ciproterona quando usados como terapia e não apenas como contraceptivo. A grande maioria dos artigos demonstra como conclusão que o uso do Contraceptivo Oral contendo Acetato de Ciproterona contribui para a melhora/cura a acne.

A acne é uma doença mundial, o termo é derivado da palavra grega acne, que significa primavera da vida. Ela se manifesta na epiderme, por ela ser a parte mais visível do corpo, incomoda muito já que em alguns casos deixa cicatrizes irreparáveis e seu aparecimento vincula-se a vários fatores desencadeantes: genética, estresse, sudorese excessiva e trauma mecânico.⁷

O processo inflamatório da acne tem início nas glândulas sebáceas, ductos e folículos pilosos rudimentares que estão presentes na face, no tórax superior e na região superior das costas, pois esta área corresponde à maior distribuição corpórea de unidades pilosebáceas. Os folículos da epiderme, nos pacientes com acne, ficam esticados por causa da queratinização anômala, sob a influência de andrógenos. Alguns fatores que podem contribuir para o aparecimento ou a piora da acne são: fase progesterônica do ciclo menstrual, uso de anticoncepcionais androgênicos, doença dos ovários policísticos, excesso de testosterona, derivados de origem gonadal ou da supra-renal e pró-patologias presentes nas mesmas. A acne é classificada para facilitar o tratamento em: não-inflamatória (comedonal e papular) e Inflamatória (papulopustulosa, pustulosa e nódulo-cística).⁷

Embora a acne seja mais comum em adolescentes, ela também aparece em mulheres adultas, porém com menos frequência.⁴

A acne manifestada em Mulheres com agravamento pré-menstrual; mulheres com acne na idade adulta, mulheres em qualquer idade com acne associada à seborreia, hirsutismo e irregularidades do ciclo menstrual, com ou sem hiperandrogenismo; jovens sexualmente ativas com acne inflamatória é indicado o tratamento hormonal.⁸

O tratamento hormonal tem por objetivo reduzir a atividade androgênica no nível da glândula sebácea e do infundíbulo folicular, responsável pelo aumento das

dimensões e atividade dos sebócitos e, diretamente ou através da modificação dos lípidos do sebo, pelas alterações da queratinização e descamação no nível do epitélio infundibular. O efeito antiandrogénico na acne pode ser potencializado utilizando Contraceptivos Orais.⁵

O acetato de ciproterona (ACP) possui atividade anti-androgénica, e é habitualmente combinado com estrogénios (etinilestradiol + Ciproterona) para evitar os efeitos secundários dos antiandrogénicos isolados (como as alterações do ciclo menstrual, tensão mamária, náuseas e vômitos). São exemplos de Contraceptivos Orais contendo esta fórmula Diane 35, Selene, Diclin e Lydian.⁵

A unidade pilosebácea, constituída pela glândula sebácea e pelo folículo piloso, é um componente da pele sensível à ação de andrógenos. Acne é uma condição clínica que resulta da alteração da unidade pilosebácea que é causada pelo aumento da sensibilidade ou níveis elevados de andrógeno no plasma. O acetato de ciproterona + etinilestradiol influencia, benéficamente, o estado hiperandrogénico: o acetato de ciproterona, um antagonista competitivo do receptor de andrógeno, inibe as células alvo e produz diminuição da concentração de andrógeno no sangue através de um efeito antigonadotrópico. Este efeito antigonadotrópico é ampliado pelo etinilestradiol que regula o aumento e a síntese de globulinas de ligação aos hormônios sexuais (SHBG) no plasma. Sendo assim, reduz o andrógeno livre biologicamente presente na circulação sanguínea.⁸

A eficácia de acetato de ciproterona + etinilestradiol em casos de mulheres com acne apresenta melhora/cura após 3 meses de tratamento. A avaliação após 12 ciclos de terapia, todos os casos de acne facial foram completamente curados. A oleosidade excessiva da pele geralmente desaparece mais cedo.⁸

A acne está sendo alvo de constantes pesquisas. O avanço na compreensão de sua fisiopatologia contribui com o aperfeiçoamento da terapêutica, que abrange cada vez mais fatores e promete ao paciente maior satisfação em relação ao resultado.⁴

CONCLUSÃO

A acne tem várias opções terapêuticas farmacológicas segundo sua classificação e gravidade. Analisando os dados coletados e a maioria das opiniões dos autores, concluiu-se que o Ciproterona quando associado à Etinilestradiol tem maior efeito antiandrogénico.

Sendo assim o uso de Contraceptivos orais contendo esta fórmula (Ciproterona + Etinilestradiol) é eficaz no tratamento a acne porque inibe as células alvo e produz diminuição da concentração de andrógeno no sangue, pois as glândulas sebáceas são andrógenas dependentes.

Esta pesquisa alcançou os objetivos de apresentar por meio da pesquisa integrativa a eficácia do efeito do uso de contraceptivos orais em forma de terapia a acne, através de uma revisão atualizada sobre a acne e o seu tratamento com associações e combinações terapêuticas.

REFERÊNCIAS

- 1 Bulario Eletrônico da Anvisa. Bula do Diane® 35 - Comunicado. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/> - Acesso em: 20/08/2020>
- 2 Leyden J. Improving acne outcomes with combination therapy. J Am Dermatol

2003; 49:S199 <https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2003/arch03_6/A6.510-512.Acne.pdf>

3 Vaz AL. Acne vulgar: bases para o seu tratamento. Rev. Port. Clín., v. 19, p. 561-570, 2003.

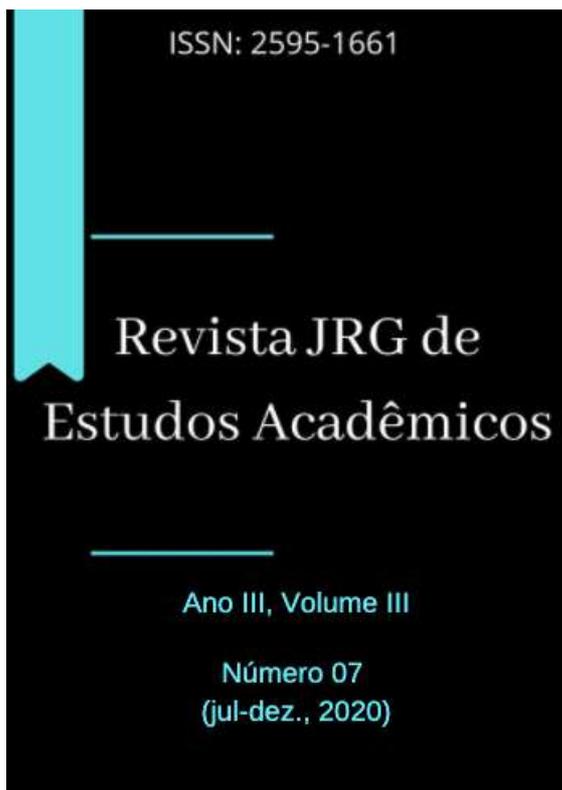
4 Montagner S. Diretrizes modernas no tratamento da acne vulgar: abordagem inicial à manutenção dos benefícios clínicos. Surg Cosmet Dermatol 2.3, 2010.

5 Figueiredo A. Avaliação e tratamento do doente com acne - Parte II: Tratamento tópico, sistêmico e cirúrgico, tratamento da acne na grávida, algoritmo terapêutico. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2011 Jan [citado 2020 Set 01]; 27(1): 66-76. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000100012&lng=pt>

6 Katsambas AD, Guidelines for treating acne. Clin Dermatol. 2004 Sep-Oct;22(5):439-44. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.03.002>>

7 Darci VS, Acne na adolescência. Adolesc Saude.2004;1(2):10-13

8 Bulario Eletrônico da Anvisa. Bula do Selene. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp>



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **07/09/2020.**

Data de reformulação: **02/10/2020**

Data do aceite: **21/10/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4118417>**

Publicado: **2020-10-22**

SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HEALTH OF THE ELDERLY IN TIMES OF PANDEMIC COVID-19: NURSING CARE

*Maria Priscila Peixoto e Silva¹
Walquiria Lene dos Santos²*

Resumo

Com advento do novo coronavírus, denominado como SARS-CoV-2, sobre os países tem criado a paralisação do cotidiano em suas atividades da população, devido à necessidade de isolamento social para frear o avanço da doença decorrente do vírus. O objetivo dessa pesquisa foi identificar as principais fragilidades apresentadas pelos idosos, devido ao isolamento, imposto pelo novo Coronavírus. Os riscos dos idosos em desenvolver formas mais graves do Coronavírus, devido à comorbidade e fragilidade diante da infecção do vírus. Trata-se de uma revisão integrativa ou seja um dos métodos que busca analisar e sintetizar com finalidade de reunir resultados de pesquisas. O levantamento bibliográfico foi realizado sobre artigos disponíveis pela internet, por meio dos bancos de dados LILACS Latino- e SciELO. Como resultado, o risco de complicações pela COVID-19 aumenta com a idade, já que a maioria das mortes ocorre em idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas. Conclui-se que, o enfermeiro atuante no ao combate ao Covid-19, deve promover a saúde, cuidar do paciente em todos os âmbitos, inclusive, promover a reabilitação em casos mais complexos. Ele é um promotor da saúde da família. O enfermeiro

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

² Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás.

mantém contato direto e constante com o paciente idoso, gerando assim, uma responsabilidade, pois ele, orientará quanto às medicações, cuidados de enfermagem, orientação para familiares, enfim, ele cuidará do paciente nas mais diferentes situações.

Palavras-chave: Saúde. Idoso. Coronavírus. Covid-19. Equipe de Enfermagem. Isolamento Social

Abstract

With the advent of the new coronavirus, known as SARS-CoV-2, on countries it has created a daily paralysis in their activities of the population, due to the need for social isolation to slow the progress of the disease caused by the virus. The objective of this research was to identify the main weaknesses presented by the elderly, due to the isolation, imposed by the new Coronavirus. The risks of the elderly in developing more severe forms of the Coronavirus, due to comorbidity and fragility in the face of the virus infection. It is an integrative review, that is, one of the methods that seeks to analyze and synthesize in order to gather research results. The bibliographic survey was carried out on articles available on the internet, through the LILACS Latino- and SciELO databases. As a result, the risk of complications from COVID-19 increases with age, since most deaths occur in the elderly, especially those with chronic illnesses. It is concluded that, the nurse working to combat Covid-19, must promote health, care for the patient in all areas, including promoting rehabilitation in more complex cases. He is a promoter of family health. The nurse maintains direct and constant contact with the elderly patient, thus generating a responsibility, as he will advise on medications, nursing care, guidance for family members, in short, he will take care of the patient in the most different situations.

Keywords: Health. Elderly. Coronavirus. Covid-19. Nursing team. Social isolation

1. INTRODUÇÃO.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 1980, o Brasil tinha até 1 milhão de pessoas idosas. Agora, no ano de 2020, tem 29 milhões. Pelo mundo, os países com maior número de idosos são, Japão, Itália, Grécia, Finlândia e Portugal.¹ A população está envelhecendo, e adapta-se para ter aposentadoria, para viver por mais de 60 anos. Segundo projeções, no ano de 2050, teremos 120 milhões de idosos na China e 434 milhões, mundo.²

Observando o crescimento demasiado da população idosa, o Poder Legislativo Brasileiro editou a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que disciplina a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.³ De acordo com a Portaria, a finalidade essencial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em harmonia com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Incluindo assim, pessoas com 60 anos ou mais.⁴

Conclui que o idoso é vulnerável e vive em constante situação de risco, porque perde, sua capacidade funcional ao longo da vida. O idoso se depara

com a diminuição das habilidades físicas e mentais, necessitando, de acompanhamento para realização de suas atividades básicas.⁵

No envelhecimento, as doenças cardiovasculares, problemas pulmonares, diabetes, osteoporose, Alzheimer e câncer são as principais causas de morte. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, três em cada quatro pessoas idosas, tem uma doença crônica.⁶

Em dezembro do ano de 2019 surgiu o primeiro caso da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus (SARSCoV-2) em Wuhan, na China. Trata-se vírus envelopado, habitualmente encontrado em humanos, em outros mamíferos e aves.⁷ Pesquisadores afirmam que a infecção começou em uma feira de bairro, que vendia animais de diversos tipos, inclusive, silvestres. Há indícios que foi causado pelo mamífero morcego.⁸

Recentemente denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de covid-19 (doença de coronavírus 2019) podendo ocasionar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas². Desde então, mais de 27 países confirmaram casos de covid-19, inclusive o Brasil. Devido à rápida disseminação do vírus em 11 de março de 2020, a OMS declarou uma pandemia.⁹

O Coronavírus faz parte de um grupo de vírus que tem formato de coroa, do latim, corona. A origem desse vírus tem não ainda não é do conhecimento dos cientistas, a doença causada foi denominada Covid-19.¹⁰

A transmissão do vírus ocorre pelo contato próximo, e sem proteção. A secreções e gotículas de um indivíduo infectado, em menos de 4 meses o vírus se espalhou para 190 países, incluindo o Brasil.¹¹

A saúde pública vem enfrentando grandes desafios e impactos vivenciados frente a este vírus de fácil e rápida propagação na população, proporcionando mudanças inesperadas nas rotinas das instituições de saúde, ocasionando intensificação de internações hospitalares em detrimento dos agravos respiratórios.¹²

Portanto, os objetivos do artigo foi identificar as principais fragilidades apresentadas pelos idosos, devido ao isolamento, imposto pelo novo Coronavírus.

METODOLOGIA

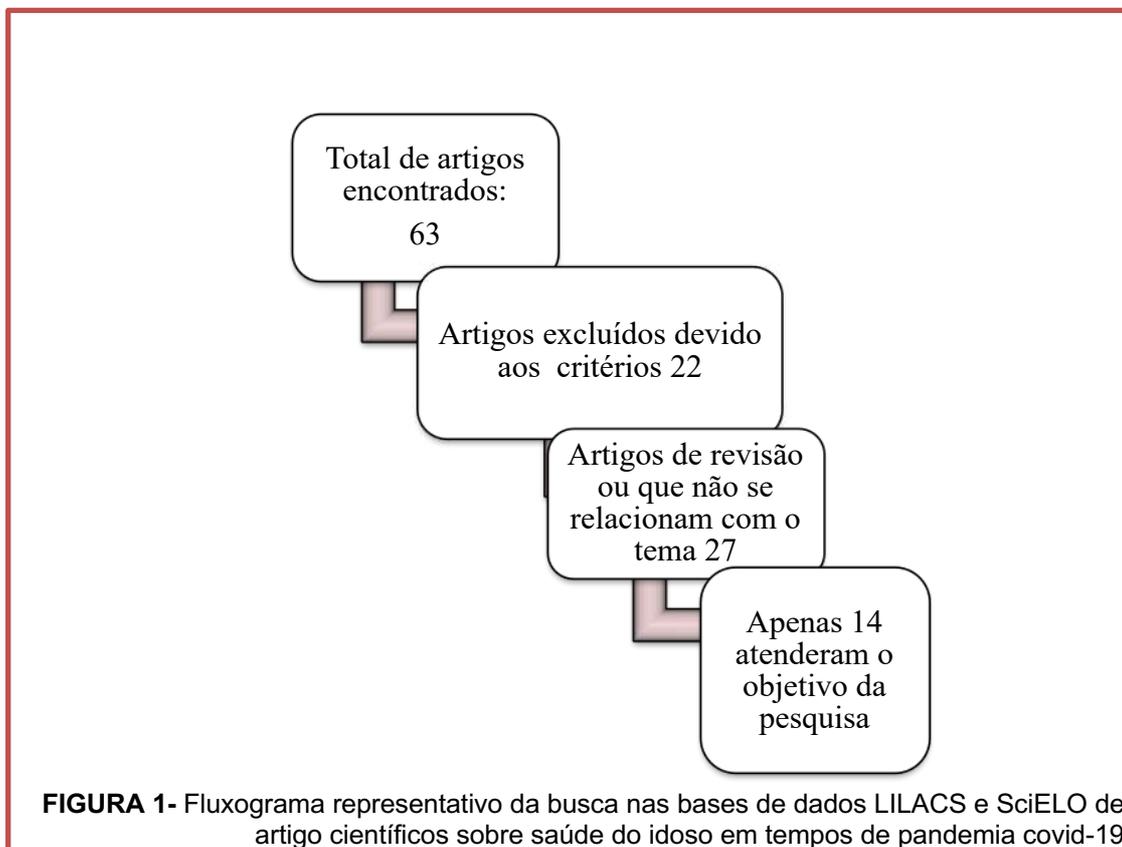
Trata-se de uma revisão integrativa como método de pesquisa que busca analisar e sintetizar com finalidade de reunir resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema de estudos contribuindo para uma repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados aos idosos durante a pandemia.¹³

O levantamento bibliográfico foi realizado através de artigos disponíveis pela internet, por meio dos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica). Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se os descritores: "Saúde". "Idoso". "Coronavírus". "Equipe de Enfermagem" e "isolamento social".

Os estudos analisados para a seleção da pesquisa foram: artigos que abordassem a temática, busca com descritores mencionados, escritos na língua portuguesa ou língua inglesa, publicados entre os anos de 2019 a 2020, anexados nos bancos de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, disponibilizado nos banco de dados. Os critérios de exclusão foram: estudos que não relata o

conteúdo exato dos trabalhos que abordavam a pandemia no COVID-19 e que não tivesse dentro do período certo.

A figura 1, apresenta um Fluxograma representativo da busca nas bases de dados LILACS e SciELO de artigo científicos sobre saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19:



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os idosos necessitam de cuidados e seguranças durante a pandemia COVID-19, em grande parte por apresentar modificações decorrentes do envelhecimento.¹³ Os profissionais de enfermagem que atuam nas medidas de prevenção à saúde que devem ser incorporados durante a crise do coronavírus, desenvolvendo estratégias alinhadas ao cuidado a saúde do idoso, infelizmente há pouca visibilidade e valorização dessa parcela da população.¹³

Apenas 14 artigos das plataformas atenderam o objetivo dessa pesquisa. (Figura 1).

A seguir, tabela com os resultados dos artigos relacionados à saúde dos idosos em frente a COVID-19:

<i>Autor/Ano</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Discussão e Conclusão</i>
<i>Wu B, 2020¹⁴</i>	Discutir a abordagem a respeito da solidão e o isolamento social durante o período da pandemia.	O impacto da quarentena ainda está no começo, pois ainda tem muito o que acontecer a longo prazo. Sendo possível a realização de algumas

		ações para minimizar as consequências.
<i>Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados, 2020¹⁵</i>	Resumir de forma clara e objetiva as principais orientações a respeito do COVID 19, sobre o manejo dos sintomas	Orientações
<i>Baker E, Clark LL, 2020¹⁶</i>	Avaliar as mudanças sutis que acontece na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social	O modelo biopsicofarmacossocial fornece métodos para avaliação da saúde mental, além de planejar as necessidades de saúde e assistência social.
<i>Costa SMM, 2020¹⁷</i>	Este artigo tem como objetivo realizar um estudo para identificar as características da convivência na velhice	Foi verificado que os idosos engajem bem no ato da entrevista para a pesquisa, pois é o momento que eles podem se expressar, porém logo passa quando a pesquisa finaliza.
<i>Smith BJ, Lim MH, 2020¹⁸</i>	Avaliar as consequências do isolamento social no bem-estar do indivíduo.	
<i>Fakoya OA, McCorry NK & Donnelly M, 2020¹⁹</i>	Apresentar intervenções possíveis de reduzir a solidão causada pelo isolamento social entre os idosos avaliados.	As intervenções para reduzir a solidão e / ou o isolamento social são complexas, pois têm vários componentes de interação (por exemplo, objetivos, pessoal, atividades, recursos e modo de entrega)
<i>Noone C et al. 2020²⁰</i>	Investigar a efetividade das vídeo chamadas para redução do impacto do isolamento social	Constatado evidências incertas ao respeito do uso da vídeo chamada para reduzir os efeitos da solidão nos idosos

<i>Eghtesadi M, 2020²¹</i>	Descrever a melhoria da tecnologia durante o período de pandemia.	Seus benefícios devem ser avaliados tendo a saúde funcional como o foco da intervenção, incluindo medidas de bem-estar psicofísico e satisfação com a vida.
<i>Myers L et al, 2020²²</i>	Relatar as hospitalizações e admissões numa UTI durante um período de pandemia.	Vários fatores importantes foram mudando durante este período, incluindo a implementação de medidas de distanciamento físico e velocidade de teste, que podem afetar os resultados futuros.
<i>Ferguson J et al, 2020²³</i>	Descrever as características e os resultados de pacientes hospitalizados no norte da Califórnia com COVID-19 no início da epidemia em condições não cirúrgicas.	Encontrado uma taxa média mais baixa do que em contexto do país.

Tabela 1 – Artigos relacionados à saúde dos idosos em frente a COVID-19

Antes da pandemia ter entrado em cena, uma grande parcela de pessoas idosas, eram participantes socialmente ativos em centros de convivência para idosos, iam a igrejas, academias e participavam de outros eventos sociais. Como avanço da pandemia, medidas foram adotadas para conter a disseminação do vírus, e assim iniciou o período da quarentena, caracterizado pelo isolamento social.¹⁴

Nesse período de pandemia, o Brasil e o mundo empregaram medidas de isolamento e distanciamento social. Noticiário de mortes e hospitalização, interrupção de aulas e trabalhos presenciais, causando danos emocionais e financeiros em uma grande parte da população.¹⁵

Apesar de ser necessário o isolamento, esse período certamente levará os idosos. A consequências negativas, quando se diz a respeito da saúde mental.¹⁶

Os idosos de forma natural costumam se isolar socialmente, devido a barreiras encontradas por eles, sendo uma forma, deles afastarem o processo

de envelhecimento do convívio social, por acharem que é um processo que não precisa ser visto, e isso gera sofrimento, afetando a saúde deles.¹⁷

A solidão e o isolamento social são colocados como os principais fatores de risco, associados ao mal estar tanto da saúde física quanto da mental, trazendo com eles a elevação da pressão arterial, a obesidade, diminuição nas respostas imunes do corpo, ansiedade, depressão, piora no funcionamento cognitivo, além de trazer maior risco para o desenvolvimento de Mal de Alzheimer e mortalidade.¹⁸

A solidão tem sido associada a uma atenuação da resistência as infecções e a demência. Apesar de ser um processo natural, a solidão acomete os indivíduos em algum momento de sua vida e a população idosa possui um risco maior a vivenciar o sentimento de se sentir sozinho. Os pesquisadores discorrem que embora o isolamento e a solidão estejam correlacionas a uma redução da qualidade de vida e associados a comorbidades, eles não devem ser olhados de forma dependentes um do outro, pois são processos individualizados.¹⁹

Uma das formas existentes para amenizar o impacto da solidão durante o isolamento social seria o uso das tecnologias, especificadamente fazendo o uso de vídeo-chamadas para diminuir esse distanciamento dos familiares e amigos próximos, porém a evidência relatada na pesquisa demonstra que são incertas, pois não existe algo concreto para sustentar que o uso da vídeo chamada amenizará a saudade daqueles que estão longe.²⁰

Um grande desafio enfrentado pelos idosos com a tecnologia, seria a falta de recursos educacionais que incapacitariam o uso de dispositivos ao seu favor, sendo as condições financeiras um fator de grande importância na hora de adquirir artefatos tecnológicos para a comunicação com outras pessoas.²¹

Os idosos que habitam com seus familiares ,tem necessidades de medidas de apoio, visto que, embora não devam sair de casa em virtude da pandemia, o apoio recebido pode ajudar a direciona-los em suas atividades básicas, instrumentais com reflexo nos campos emocional e financeiro dos idosos chamando atenção para essa realidade vivida.²²

É necessário que os profissionais de enfermagem atuem em sintonia com conhecimentos práticos e científicos para oferecer ao idoso e a toda a equipe multidisciplinar um ambiente propício à qualidade do atendimento em meio à pandemia.²³

O enfermeiro é um profissional de extrema importância para a população e sistema de saúde, sua formação acadêmica é abrangente e seu respaldo no âmbito profissional está além das expectativas, pelo simples motivo de o enfermeiro ser capaz de proporcionar a promoção da saúde.

CONCLUSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, os grupos de risco para covid envolvem pessoas com patologias crônicas e idosos. No Brasil, a população recebeu as ordens de quarentena. Itens como máscaras e álcool 70° acabaram nas prateleiras devido à demanda. As fábricas tiveram que produzir em grande escala, logo o preço final ao consumidor teve aumento. A população não foi treinada para tais situações, e foi dado início a uma saga para estocar alimentos, gás de cozinha, medicamentos e itens essenciais para a sobrevivência em meio ao caos.

Nestas perspectivas. Tendo identificado a vulnerabilidade do idoso frente ao isolamento social, entende-se que o objetivo do artigo foi alcançado. A pesquisa buscou apresentar situação dos idosos em meio ao decreto de isolamento social.

Em geral, os idosos têm sido o grupo populacional apontado com mais vulnerabilidade de desenvolver o COVID-19 nas formas mais graves, por geralmente apresentar doenças pulmonares, hipertensão, diabetes, câncer, doenças renais, situações de imunossupressão, os idosos apresentam maior risco de desenvolver a doença por causa do comprometimento da resposta imune e agravando o quadro o indivíduo

O momento em que estamos vivendo é de medidas de precauções, proteção e prevenção principalmente quando os idosos, que necessitam de atenção durante o período de isolamento. Os profissionais de enfermagem necessitam de conhecimentos específicos sobre essa população mediante estratégias de apoio para oferecer orientações quanto ao isolamento para evitar contágio e manter sua rotina de medicamentos, cuidados com a saúde e rotina de consultas.

O enfermeiro atuante frente, ao combate ao Coronavírus deve promover a saúde, cuidar do paciente idoso em todos os âmbitos, inclusive promover a reabilitação em casos mais complexos. Ele é um promotor da saúde da família. Ele mantém contato direto e constante com o paciente idoso, gerando assim, uma responsabilidade, pois ele, orientará quanto às medicações, cuidados de enfermagem, orientação para familiares, enfim, ele cuidará do paciente nas mais diferentes situações no isolamento social.

REFERÊNCIAS

- 1.Zhang JJ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020. [Online ahead of print] doi:10.1111/all.14238
2. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020. [Online ahead of print] doi:10.1111/all.14238
3. Organizacao Pan-Americana da Saude (OPAS). OMS afirma que COVID-19 e agora caracterizada como pandemia [acesso em 27 mar 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:omsafirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-comopandemia&Itemid=812
- 4.World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (acessado em 19/Mar/2020).
- 5 .Chen N et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. [Internet]. 2020[cited 2020 Apr 20];395(1):507-13. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas

durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2). [Internet]. 2020[acesso em 2020 abr 20]. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+N%C2%BA+05-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA+>

7. Yuzhen Z, Jiang B, Yuan J, Tao Y. The impact of social distancing and epicenter lockdown on the COVID-19 epidemic in mainland China: a data-driven SEIQR model study. Medrxiv [Internet]. Preprint. 2020[cited 2020 Apr 20];DOI: 10.1101/2020.03.04.20031187. Available from:
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.04.20031187v1.full.pdf>

8 Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Junior JSS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2020[cited 2020 Apr 20]; 28:e49596. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596/33146>

9. Nunes, Vilani Medeiros de Araújo Nunes et al. COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência. Natal: EDUFRN, 2020.

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

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Doença pelo Coronavírus 2019. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 04 abr 2020]. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>

12. Valença TDC et al. Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2017. [acesso em 05 abr 2020]; 21(1). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100208&lng=pt&nrm=iso

13. Goldani AM. “Ageism” in Brazil: what is it? who does it? what to do with it?. Rev. bras. estud. popul. [Internet]. 2010. [acesso em 05 abr 2020]; 27(2). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982010000200009&l=en&nrm=iso

14. Wu, B. Isolamento social e solidão entre os idosos no contexto do COVID-19: um desafio global. *glob health res policy* 5, 27 (2020). Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>

15. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE), em colaboração com o NHS England e o NHS Improvement. Gerenciando os sintomas do COVID-19 (inclusive no final da vida) na comunidade: resumo das

diretrizes do NICE. *BMJ*. 2020; 369: m1461. PMID: 32312715; doi: 10.1136 / bmj.m1461.

16. Baker E, Clark LL. Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. *Br J Community Nurs*. 2020;25(5):231-238. Disponível em: doi:10.12968/bjcn.2020.25.5.231

17. Costa SMM. Mais além da vida orgânica: a convivência como prevenção do isolamento social dos idosos e de promoção da saúde. Instituto Oswaldo Cruz. 2019, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39502/2/silvia_costa_ioc_mest_2019.pdf

18. Smith BJ, Lim MH. Como a pandemia COVID-19 está chamando atenção para a solidão e o isolamento social. *Public Health Res Pract*. 2020; 30 (2): e3022008.

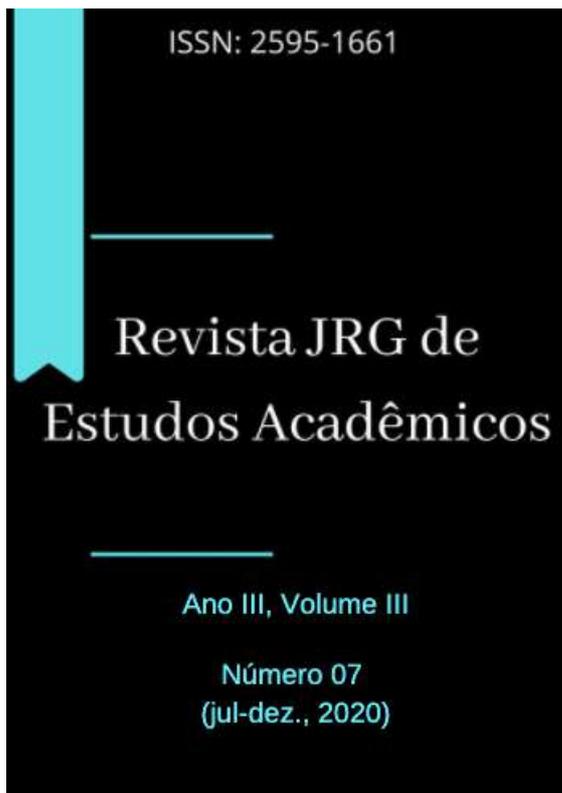
19. Fakoya, OA, McCorry, NK & Donnelly, M. Solidão e intervenções de isolamento social para adultos mais velhos: uma revisão de escopo de revisões. *BMC Public Health* **20**, 129 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

20. Noone C et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD013632. 2020, maio. Disponível em: doi:10.1002/14651858.CD013632

21. Eghtesadi M. Breaking Social Isolation Amidst COVID-19: A Viewpoint on Improving Access to Technology in Long-Term Care Facilities. *J Am Geriatr Soc*, maio de 2020; 68 (5): 949-950iso.

22. Myers L et al. Características de adultos hospitalizados com COVID-19 em um sistema integrado de saúde na Califórnia. *JAMA*. 2020; 323 (21): 2195-8. PMID: 32329797; doi: 10.1001 / jama.2020.7202.

23. Ferguson J et al. Características e resultados de pacientes com doença de coronavírus em condições não emergenciais, norte da Califórnia, EUA, março a abril de 2020 [publicado on-line antes da impressão, 2020 em 14 de maio]. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26 (8): 10.3201 / eid2608.201776. PMID: 32407284; doi: 10.3201 / eid2608.201776.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/04/2020.**

Data de reformulação: **06/09/2020**

Data do aceite: **06/09/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4068793>

Publicado: **2020-10-22**

TECNOLOGIAS DE SAÚDE MÓVEL PARA O APRIMORAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO – SIPNI

MOBILE HEALTH TECHNOLOGIES TO IMPROVE THE INFORMATION SYSTEM OF THE NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM - SIPNI

*Juliana Santana Pereira Galvão¹
Maria Helena da Silva Souza²
Sílvia Fernanda Boaventura Mendes³*

Resumo

Os sistemas informatizados de imunização possuem a finalidade de recolher dados relativos às práticas de imunização, de forma a produzir dados específicos a partir de uma esfera local, para facilitar as resoluções e condutas no campo de gestão de imunização. No Brasil, utilizamos o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, o SIPNI. O presente estudo se dispõe a

¹ Graduação em andamento em Enfermagem. Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4526-5400>

² Graduação em andamento em Enfermagem. Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000.0002.4888.2298>

³ Mestranda em psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Pós graduada em Docência em enfermagem, pela Universidade UNYLEYA. MBA em Gestão da qualidade nos serviços de saúde, pelo Instituto de ensino e pesquisa Albert Einstein e cursando pós graduação em Neurociências e Comportamento pela Pontifca Universidade do Rio Grande do Sul. Graduada em enfermagem pelo Centro Universitário Teresa D'Ávila. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8911-8993>

avaliar se novas ferramentas de tecnologia de saúde móvel (mhealth), homologadas pela OMS, podem aprimorar o SIPNI. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados LILACS, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO, BDNF e MEDLINE utilizando os descritores: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização, immunization. Os resultados deste estudo apontaram que iniciativas de saúde móvel com parcerias públicas, apesar do incentivo da OMS, não foram encontradas no Brasil, através de publicações. Os estudos acerca do tema SIPNI ainda são muito deficientes. As pesquisas encontradas sobre o tema saúde móveis (mhealth), com parcerias públicas, foram todas em outros países e expressam dados de importância qualitativa e quantitativa, a partir de esferas locais. A pesquisa concluiu que de maneira geral, existem evidências preliminares para apoiar o uso da tecnologia de saúde móvel mhealth, para ampliar a cobertura de vacinação em países de baixa e média renda e para aprimorar o sistema de informações do programa nacional de imunização, o SIPNI.

Palavras-chave: SIPNI. Saúde Móvel. Mhealth. Imunização. Immunization.

Abstract

Computerized immunization systems have the purpose of collecting data relating to immunization practices in order to produce specific data from a local sphere to facilitate the resolutions and conducts in the domain of immunization management. In Brazil, we use the Information System of the National Immunization Program, the SIPNI. The current study tends to evaluate if new technologies of mobile health tools, approved by WHO, can enhance SIPNI. It is an integrative review of literature in the databases LILACS, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO, BDNF and MEDLINE using the descriptors: SIPNI, mobile health, mhealth, immunization. The results of this study pointed out that mobile health initiatives with public partnerships, despite the encouragement of WHO, were not found in Brazil through publications. The studies about the SIPNI theme are still very deficient. The researches found about the topic of mobile health (mhealth), with public partnerships, were all in other countries and express data of qualitative and quantitative importance, from local spheres. The research concluded that in general, there is preliminary evidence to support the use of mhealth mobile health technology to expand vaccination coverage in low- and middle-income countries and to improve the information system of the national immunization program, the SIPNI.

Keywords: SIPNI. Mobile Health. Health. Immunization. Immunization.

Introdução

A história da imunização tem demonstrado inúmeros sucessos ao nível global, incluindo a erradicação da varíola e o controle ou eliminação de várias outras doenças evitáveis através da vacinação. Portanto, manter um alto desempenho de um programa de imunização é um dos objetivos de saúde públicos mais desafiadores (TOZZI et al., 2016).

Diante do êxito dos programas nacionais de imunização, surge a noção e a necessidade de gerir o grande volume de informações geradas, por meio da informatização, pois a informação sobre vacinação, com difícil acessibilidade e limitações, causa um impacto crucial nas estratégias de imunização, uma vez

que ela não pode ser ampla e oportunamente divulgada, bem como seus dados analisados (GROOM et al., 2015).

Os chamados sistemas de informação de imunização (SIIs) são bases de dados confidenciais e baseados na população, que contêm dados sobre doses de vacina administradas. Eles possibilitam o monitoramento da cobertura pelo provedor da vacina, através da dose, da idade ou outro grupo alvo e a área geográfica. Além de oferecer resultados para simplificar o acompanhamento individualizado. Esses registros compõem esses sistemas, que também tem outras capacidades, como o gerenciamento de estoques de vacinas, suprimentos e a geração de relatórios de eventos adversos (DANOVARO et al, 2013).

Os SIIs possuem a finalidade, de recolher dados relativos a partir de uma esfera local, para facilitar as resoluções e condutas no campo de gestão. No Brasil, tem-se estimulado o incremento e a implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, o SIPNI, que recebe recursos das três instancias do poder público para sua implantação (SILVA et al, 2018).

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) encontra-se em progresso para sua implantação, com o seu projeto-piloto implantado em 2010. O sistema enfrenta obstáculos e contrariedades relacionados à qualificação dos profissionais, ao domínio da tecnologia, ao custeio do sistema e à salvaguarda das informações (SILVA et al., 2018).

O SIPNI quando implantado substitui a necessidade de anotação em planilhas ou formulários. Garante o registro de dados por indivíduo e sua procedência, aprazamento de vacinação, estratégia de vacinação utilizada (rotina, intensificação, bloqueio, campanha, especial), grupos populacionais específicos (quilombolas, privados de liberdade, indígenas, assentados, população geral), mobilidade dos indivíduos, adesão e evasão ao programa, oportunidade perdida de vacinação, movimentação de imunobiológicos (laboratório produtor/fornecedor do imunobiológico, lotes disponíveis e utilizados, utilização de imunobiológicos, inclusive perdas físicas e técnicas), além de alimentar o SI-EAPV (BRASIL, 2011).

Além das características já mencionadas, agrega-se que o novo sistema, na sua concepção tem caráter descentralizado, uma vez que não somente a coleta, mas também a digitação dos dados é feita no domínio do município. A instalação do 'software' pode ser feita desde a sala de vacinas (BRASIL, 2011).

Com o mesmo intuito, ferramentas foram catalogadas pelo Observatório Global de Saúde (GHO), para eSaúde, que estabeleceu o mhealth ou saúde móvel, como prática médica de saúde pública, apoiada por dispositivos móveis, tais como telefones celulares, dispositivos de monitoramento, assistentes digitais pessoais (PDAs) e outros dispositivos sem fio (TOZZI et al., 2016; OMS, 2011).

Através desses novos instrumentos, foram criados sistemas de informação de imunização e ferramentas de suporte, que permitem a coleta de dados, registros digitais, gestão logística, comunicação bilateral e a transmissão de dados de imunização. Esses instrumentos estão sendo implementados maciçamente em países de baixa e média renda, através de parcerias público privadas, a um baixo custo e com uma alta taxa de efetividade (OMS, 2011; PATH, 2018).

Dispositivos de computação pessoal, os telefones celulares com geolocalização, prometem se tornar pilares estáveis das estratégias de saúde

pública. A associação desses recursos com outras ferramentas, como SMS e redes sociais, pode originar instrumentos inovadores para fundamentar a vigilância de eventos de saúde e outras atividades de saúde pública. Essa observação se disponibiliza ao monitoramento da cobertura de vacinas e ocorrência de EAPV, onde as mídias sociais podem melhorar as fontes tradicionais de informação (TOZZI et al., 2016).

Justificativa

Os programas Nacionais de Imunização são fundamentais para a saúde pública, colaborando sobremaneira para a melhora da qualidade de vida da população. O estudo das novas tecnologias móveis empregadas nas práticas de imunização em países de baixa e média renda, possibilita mediante a percepção dessas realidades, avaliar o ajustamento desses, ao nosso modelo e identificar possibilidades de melhoria do nosso sistema de informações.

Compreendendo que os SIs, respeitam os obstáculos, especificidades de cada economia, público, logística e território de cada país, o mhealth pode auxiliar o Brasil a enfrentar o desafio de prestar cuidados de saúde universais como a imunização, para uma grande e dispersa população, com a implantação de soluções tecnológicas inovadoras e de baixo custo.

A pesquisa possibilitará o aprimoramento do gerenciamento pela tecnologia acerca do sistema Informatizado de Imunização SIPNI, em implantação no Brasil, fornecendo subsídios teóricos.

Objetivos

- **Objetivos Gerais**

O presente estudo se dispõe a avaliar se novas ferramentas de saúde móvel (mhealth), podem aprimorar o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.

- **Objetivos Específicos**

Descrever o SIPNI;

Descrever algumas tecnologias de saúde móvel (mhealth).

Marco Teorico

O MHEALTH – SAÚDE MÓVEL

Em sua definição genuína mhealth ou saúde móvel, é um termo geral para o uso de telefones celulares e outras tecnologias sem fio em atendimento médico. A aplicação mais comum de mhealth é o uso de telefones celulares e dispositivos de comunicação para educar os usuários sobre os serviços preventivos de saúde. No entanto, o mhealth também é usado para vigilância de doenças, suporte ao tratamento, rastreamento de surtos epidêmicos e gerenciamento de doenças crônicas (KÄLLANDER et al., 2013).

Em seu relatório “mhealth New horizons for health through mobile Technologies”, 2011 (Mhealth Novos horizontes para a saúde através de tecnologias móveis) a OMS define mhealth como:

Um componente de saúde em linha. Até à data, nenhuma definição padronizada de mhealth foi estabelecida. Para efeitos do estudo, o Observatório Global para ehealth (GOE), definiu mhealth ou saúde móvel como prática médica e de saúde pública suportada por dispositivos móveis, como telefones celulares, dispositivos de monitoramento de pacientes, assistentes digitais pessoais (PDAs), e

outros dispositivos. (OMS, Manual mhealth New horizons for health through mobile Technologies, p. 06.).

O mesmo relatório contém dados da União Internacional de Telecomunicações (UIT) e revela que existe cerca de 5 bilhões de assinaturas de telefonia móvel no mundo, com mais de 85% da população mundial possuindo cobertura de um sinal sem fio comercial. Segundo o relatório, a cobertura de telefonia móvel em diferentes países de baixa e média renda excede outras categorias de infraestruturas, tais como, estradas pavimentadas e eletricidade. A tecnologia móvel sem fio, está revolucionando a maneira como os serviços de saúde, os dados e as informações são acessados, apresentados e gerenciados (OMS, 2011).

Em sua grande maioria, o governo dos países de alta media e baixas rendas estão utilizando estas ferramentas para suplementar e fortalecer os sistemas de saúde para a execução das **Metas de Desenvolvimento do Milênio** (OMS, 2011).

Este interesse se manifestou em uma série de implantações de mhealth em todo o mundo que fornecem evidências precoces do potencial das tecnologias móveis e sem fio. O mhealth está sendo aplicado na saúde materna e infantil e em programas para reduzir o peso das doenças relacionadas com a pobreza, incluindo HIV/AIDS e imunizações. (OMS, Mhealth Novos horizontes para a saúde através de tecnologias móveis p. 05.).

A investigação da OMS averiguou através do relatório, que a maioria dos Estados-Membros utiliza iniciativas mhealth, cerca de 83%, dos 112 Estados-Membros integrantes, narraram a presença de pelo menos um projeto mhealth no país (OMS, 2011).

De acordo com o relatório da OMS, em países de baixa e média renda, tem ocorrido um crescente interesse em capitalizar a onipresença da infraestrutura das tecnologias de saúde móvel para desenvolver centros de atendimento de saúde, que podem aumentar a acessibilidade dos conselhos de saúde e informações aos pacientes e ao público. Esta abordagem foi encontrada para superar as barreiras generalizadas dos sistemas de saúde, tais como, escassez de profissionais de saúde, existência de profissionais destreinados, e/ou informais, custo do serviço, transporte e falta de fontes de informação confiável (OMS, 2011).

O SIPNI - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

O objetivo do sistema é registrar individualmente dados de vacinação de todos os residentes do Brasil. Como objetivos específicos, deve fornecer dados sobre pessoas vacinadas; fornece números sobre movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação; reduzir erros de imunização e ser o único meio de transmissão de dados de vacinação para o Programa Nacional de Imunização, tendo como público alvo as salas de vacina de todo o Brasil onde serão vacinadas todas as pessoas do país (BRASIL, 2014).

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) surgiu através da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI), pela necessidade de mudanças no mecanismo de registro de dados sobre imunizações no país, especialmente adotando-se um sistema de

informação que ofereça dados do vacinado nominal e por procedência, possibilitando uma análise mais consistente dos indicadores da área de imunizações no país (BRASIL, 2011).

A partir dessa iniciativa em 2009, o SIPNI foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o propósito de coletar os dados referentes às atividades de vacinação de forma a produzir relatórios e informações individualizadas a partir de um município. Esses dados podem resguardar as decisões e estabelecer as ações e metas a serem desenvolvidas pela Vigilância em Saúde, na esfera de imunizações, no contexto de seu gerenciamento (BRASIL, 2014).

A sugestão inicial do SIPNI considerava seis módulos ou subsistemas, propostos com a finalidade de subsidiar a gestão do PNI através de um sistema informatizado. Esses módulos referiam-se ao:

- Sistema de Informação de Distribuição (SI-EDI);
- Sistema de Informação para Avaliação de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU);
- Sistema de Informação de eventos adversos após a vacinação (SI-EAPV);
- Sistema de Informação do Programa de Avaliação de Instrumentos (SI-PAIS);
- Sistema de Informação do Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão na Sala de Vacinas (SI-PAISSV);
- Sistema de Informação do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (SI-CRIE); e o.
- Sistema de Informação da Avaliação do Programa de Imunização (SI-API) (NÓBREGA, A. A.; TEIXEIRA A. M. S.; LANZIERI T. M, 2010).

Posteriormente houve a necessidade de desenvolver uma versão com a unificação dos módulos, em virtude da fragmentação dos dados e às limitações de caráter tecnológico e relacionadas à coleta dos dados. Esta versão foi denominada inicialmente como SIPNI desktop/off-line. Seu piloto foi lançado em 2010, nos estados da Paraíba, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. O principal objetivo da implantação era a cobertura em 100% das salas de vacina para a unificação das bases de dados e eliminar o paralelismo de Sistemas de Informação e melhorar o gerenciamento do Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2014).

Foi criada também uma versão do SIPNI para a 'web', de acesso livre, para determinadas informações, a qualquer pessoa. Através do sistema, é possível a busca de dados relacionados à cobertura vacinal durante as campanhas, consolidado de doses aplicadas por Estabelecimento de Saúde, município ou estado, entre outros. Existe uma área restrita ao acesso a usuários que gerenciam o sistema nas diferentes instâncias (DATASUS, 2015).

Quanto à gestão e implantação do SIPNI, em 2012, em virtude da baixa adesão ao programa pelas salas de vacinas, o Governo Federal publicou a Portaria nº 2.636/2012, onde houve a liberação de cerca de R\$ 50 milhões em repasse aos Estados e Municípios para aquisição de equipamentos de informática para as salas de vacinas. A Portaria institui o repasse financeiro do fundo Nacional de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para fomento na implantação do sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2014).

Com o intuito de promover o entendimento e amparar a utilização do SIPNI, o PNI produziu videoaulas que contribuem no treinamento para utilização do novo sistema de informação. As videoaulas podem ser acessadas no canal

do Ministério da Saúde no YouTube® e podem ser assistidas por qualquer interessado. Um manual também foi lançado em 2014, que é um material didático que tem o intuito também de auxiliar o treinamento e solucionar dúvidas (BRASIL, 2014)

No final do ano de 2013, apenas 11,2% das salas de vacina estavam transmitindo dados do SIPNI. Em 2016, últimos dados encontrados, somente 57% das salas de vacinas estavam utilizando e enviando os dados do SIPNI (BRASIL, 2016).

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, que tem como base prática, fundamentos em evidências, reunindo e sintetizando o conhecimento científico já produzido sobre o tema, de maneira sistemática e ordenada contribuindo para o assunto investigado. A revisão integrativa é descrita, desde 1980 na literatura como método de pesquisa (MENDES et al., 2008).

Os critérios de inclusão estabelecidos para orientação da busca e da seleção dos estudos incluem os estudos que foram indexados nas bases de dados a partir dos descritores: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização, immunization. Publicações nacionais e internacionais, teses e dissertações divulgadas em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicações realizadas entre os anos de 2013 a 2018, sendo o levantamento bibliográfico realizado no período de maio a outubro de 2018. Foram excluídas as publicações que não correspondiam à temática da pesquisa, as que não apresentavam texto completo e as publicações repetidas.

Foi realizada uma busca on-line nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na base de dados do GOOGLE SCHOLAR, na base de dados de Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), na base de dados BDNF (Base de Dados de Enfermagem), PUBMED, e por último, na base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Além disso, foram pesquisados boletins, relatórios e documentos nos sítios da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int>), da PATH (Program for Appropriate Technology in Health) - Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde (<https://www.path.org/>). Diante disso, utilizaram-se os seguintes descritores de tema, nos campos de busca das bases de dados: SIPNI, saúde móvel, mhealth, imunização e immunization que foram agrupados durante a consulta nas bases de dados havendo a correlação entre os mesmos com o objetivo de refinar os estudos, já que os descritores separados apresentam informações muito amplas, não correspondendo com o objetivo do estudo.

Para o descritor SIPNI, após a leitura dos títulos e resumos, os estudos foram selecionados respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Foram encontrados 393 resultados e foram selecionados 3 estudos.

Para os descritores saúde móvel e imunização. As estratégias utilizadas para o acesso das bases de dados foram adaptadas para cada uma, por possuírem características específicas para o acesso aos estudos, como, por exemplo, o uso do operador booleano “and” e o uso de aspas para realizar a busca com a combinação de descritores. O uso dos operadores descritos fez-se necessário para que a pesquisa não fugisse do tema específico, pois saúde móvel deve necessariamente estar relacionada com imunização, encontrando-

se um total de 12 resultados e após a leitura dos títulos e resumos não foram encontrados estudos na língua portuguesa dentro do escopo da pesquisa.

Para os descritores mhealth e immunization foram utilizados os mesmos

Descritores	Bases de Dados												
	LILACS		GOOGLE SCHOLAR		SCIELO		BDENF		MEDLINE		PUBMED		
	E*	S*	E.	S.	E.	S.	E.	S.	E.	S.	E.	S.	
SIPNI	3	-	380	2	9	3	1	-	-	-	-	-	-
Saúde móvel and imunização	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Immunization and mhealth	-	-	1.630	-	1	-	-	-	35	1	60	8	
Total de estudos selecionados: 09													

critérios dos operadores, encontrando-se um total de 1.727 resultados nas bases de dados MEDLINE e PUBMED, todos na língua inglesa e após a leitura dos títulos e resumos estudos foram selecionados 6 estudos.

O Quadro 1 são apresentados os resultados decorrentes das buscas realizadas nas bases de dados já mencionadas.

Fonte: Autoras, 2018.

E* significa encontrados; S* significa selecionado.

A avaliação dos estudos quanto ao nível de evidência (NE) seguiu a Oxford Centre EvidenceBased Medicine.

Quadro 2 - Níveis de evidência por tipo de estudo Lorena, SP, Brasil, 2018.

NE*	TIPOS DE ESTUDO
1A	Revisões sistemáticas e metanálises de ensaios clínicos comparáveis. Estudos controlados randomizados bem delineados com desfecho clínico relevante
1B	Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança
1C	Resultados do tipo "tudo ou nada". Estudo de série de casos controlados
2B	Estudo de coorte com pobre qualidade
2C	Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica).
3A	Revisão sistemática homogênea de estudos de
3B	Estudos de caso com grupo-controle.
4	Relatos de caso e série sem definição de caso controle.
5	Opinião de autoridades respeitadas ou especialistas. Revisão da literatura não sistemática.

Fonte: Oxford Centre Evidence-Based Medicine *NE- Nível de Evidência

Para obter as informações dos artigos selecionados, um dos instrumentos empregados foi a matriz de síntese (KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H.,

2007). Denominada matriz de síntese, ou matriz de análise, que tem sido aplicada como recurso de extração e organização de dados de revisão da literatura em várias disciplinas, devido à sua eficiência para resumir aspectos complexos do conhecimento.

RESULTADOS

O Quadro 3 expõe as características dos estudos segundo ano, local, objetivo, delineamento do estudo, nível de evidência. n= 9, 2018.

Estudo	Local Ano	Objetivo do estudo	Nível de evidência Científica/ Delineamento do Estudo	Resultados
01	Brasília, 2018	Realizar a Avaliação de Acessibilidade do Sistema Nacional de Informação do Programa de Imunização (SIPNI).	3b/ Estudo de caso com abordagem qualitativa	A descrição do SIPNI, baseada em documentos e evidências científicas, possibilitou compreender sua operacionalização, os principais eventos que a caracterizam. O modelo teórico-lógico configurou visual e sistematicamente a organização SIPNI com detalhes das entradas, atividades, produtos e efeitos esperados. As questões avaliativas foram avaliadas e validadas para avaliar o SIPNI.
02	São Paulo, 2015	Discutir as potencialidades de sistemas informatizados sobre imunização em relação à avaliação de coberturas vacinais, vigilância de eventos adversos e pesquisas acadêmicas, bem como seus desafios e limitações.	3b/ Estudo de caso controle	A crescente complexidade do Programa acarreta desafios inerentes ao seu desenvolvimento. O sistema informatizado de imunização, com dados nominais, é um instrumento inovador. Suas principais dificuldades estão no processo de implantação, treinamento dos profissionais, domínio da tecnologia, e sua constante manutenção e garantia da confidencialidade das informações. O incentivo ao desenvolvimento dessa ferramenta deve fazer parte das políticas públicas em saúde e contar com o envolvimento das três esferas de governo e das redes de vacinação pública e privada.
03	Rio de Janeiro, 2017.	Relatar a experiência da implementação da plataforma web do SIPNI no município do Rio de Janeiro a partir de setembro de 2016 e a utilização na rotina das salas de vacinação participantes, com avaliação das vivências do projeto piloto.	4/ Relato de caso	A mudança no processo de trabalho provocou, inicialmente, alguma resistência pelos profissionais, visto ser uma ferramenta nova que demanda mínimos conhecimentos de informática. Recomendamos ampliação da implantação do SIPNI/WEB, enquanto registro nominal, em todas as salas de vacinação, de modo a garantir rede integrada com outras unidades, respeitando a especificidade de cada território e dos profissionais envolvidos.

04	Vietnã, 2017	Desenvolver e implantar piloto para registro de imunização digital, ImmReg, para superar os desafios do sistema baseado em papel.	1A / Revisão de ensaios clínicos sistemática controlados randomizados	A administração oportuna da vacina oral contra pólio, e vacina contra o sarampo aumentou significativamente ao longo do tempo, desde o início até a pós-intervenção, até um ano após a intervenção. Em particular, a oportunidade da vacinação com a terceira dose aumentou. Para a vacina contra o sarampo, a taxa também aumentou. Além disso, a taxa de evasão de declinou de em 2013 para 0% em 2015.
05	Reino Unido, 2017	O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura disponível sobre o uso de mHealth para melhorar a vacinação em países de baixa e média renda com grande número de crianças não vacinadas.	3A / Revisão da literatura sistemática	Estudos revisados, 9 na Índia, 3 no Paquistão, 2 no Malawi e na Nigéria, e 1 em Bangladesh, na Zâmbia, no Zimbábue e no Quênia. 10 estudos revisados e 7 estudos demonstraram melhora na captação de vacinação após intervenções mhealth, incluindo lembretes de consultas, aplicativos para celular e mensagens pré-gravadas.
06	China, 2014	Avaliar a usabilidade e viabilidade do aplicativo e explorar a eficácia de um aplicativo de smartphone na melhoria da imunização de crianças na província rural de Sichuan, na China.	1A / Ensaio clínico randomizado	Os resultados forneceram evidências rigorosas para informar melhor o governo e o prestador de serviços de saúde sobre as taxas de cobertura vacinas através do aplicativo. Isso pode ser usado para melhorar a cobertura de imunização atualmente baixa na província rural e outras partes da China, bem como populações similares em outros locais de renda baixa e média.
07	EUA, 2015	Descrever as oportunidades de tecnologias móveis melhorarem programas de vacinas e SIIs.	3A / Revisão de Sistemática de Estudos.	Todos os estudos mostraram algumas evidências de que a intervenção de saúde móvel implementada teve um impacto positivo no comportamento do paciente ou do trabalhador de saúde.
08	Quênia, 2017	Avaliar se lembretes de serviços de mensagens curtas (SMS) e incentivos monetários pode melhorar a absorção de imunização no Quênia	1A / Estudo randomizado controlado	Foram encontrados efeitos significativos de SMS em muitas das populações desfavorecidas, que têm cuidadores na faixa de 40% mais baixa do status socioeconômico, que viveram mais de 30 minutos andando tempo para uma clínica e que tinham menos de 8 anos de escolaridade. A grande maioria dos cuidadores relatou ter recebido pelo menos um lembrete de SMS ou incentivo durante o estudo e que essas intervenções foram influentes em sua decisão de vacinar seu filho.

09	Quênia, 2016	Enviar mensagens de texto, lembrando os pais de levarem seus filhos para a segunda e terceira dose da vacina pentavalente, ou para o grupo controle (lembrete de rotina) na próxima data marcada.	1A / Estudo randomizado controlado	Lembretes de mensagem de texto podem reduzir as taxas de desistência de vacinação no Quênia. Recomendamos a implementação estendida de lembretes de mensagens de texto em serviços de vacinação de rotina.
----	--------------	---	------------------------------------	--

Fonte: Autoras, 2018

DISCUSSÃO

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização apesar de ser um projeto de grande envergadura, apresenta desafios específicos a sua implantação e mesmo o Ministério da Saúde tendo fomentado a estruturação em mais de 34 mil salas de vacinação, da rede pública, com equipamentos de informática, apenas 57% das salas estavam equipadas até o ano de 2016 (BRASIL, 2016).

Os obstáculos técnicos específicos estão relacionados ao acesso à 'internet' de boa qualidade; registro apropriado e pertinente de vacinação quando o sistema está sem rede; registros duplicados, pois as salas de vacinas de um mesmo município podem não se comunicar entre elas ou se atualizar regularmente, de maneira que um indivíduo cadastrado em uma unidade de saúde poderá ser novamente cadastrado em outra unidade do município; a falta de um identificador único e o não envolvimento dos gestores (SATO, 2015; GREFFE et al., 2017).

No que se refere ao diagnóstico documental, não foi identificado material que determinasse os objetivos para implantação do SIPNI no Brasil. Com as evidências, verifica-se que o SIPNI, vem sendo incorporado nas ações referentes ao setor de imunização, gradativamente no país (SATO, 2015).

A implantação do sistema está condicionada ao grau de envolvimento dos gestores municipais, existe, portanto, a constatação que existem diferenças no processo de implantação do SIPNI nos municípios brasileiros. Essas discrepâncias são motivadas pela não implementação de uma política para aquisição de equipamentos de informática e de um gerenciamento pela informação em saúde, direcionada aos processos de produção, utilização e divulgação de informações e à deficiente capacitação de recursos humanos para a gestão da informação (SILVA et al., 2018).

Dentro da concepção de uma inovação tecnológica e o conjunto de modificações estruturais e processuais que isso acarreta rotina dos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, esse processo profundo poderá estabelecer essa nova tecnologia ou em levar a sua não aceitação (SILVA et al., 2018).

Com o intento de afastar qualquer reprovação por parte das equipes ou dificuldade de operar o sistema, existem recomendações de treinamento para profissionais da atenção básica, com referências técnicas do SIPNI através de videoaulas no canal do Ministério da Saúde (MS) e do YouTube, com o objetivo de auxiliar e capacitar esses profissionais. Através dessa conduta, tinha-se o objetivo de implantar o sistema até o prazo de 31 de dezembro de 2013 (SILVA et al., 2018).

Constatação feita por SILVA (2018), através de estudo de avaliação do sistema, é que as informações coletadas pelo SIPNI são subutilizadas para

planejamento das ações e no gerenciamento dos serviços de vacinação. O delineamento das ações ocorre de acordo com a demanda espontânea dos usuários. Outra apuração do estudo, é que os gerentes têm pouco conhecimento sobre as reais aplicações dos sistemas de informação. Eles os interpretam, apenas como ferramentas obrigatórias, burocráticas, cuja finalidade é capturar dados de unidades de saúde e suas áreas de cobertura e direcioná-los para as esferas, municipal, estadual e federal.

As análises de TOZZI et al., (2016) também concluem que os sistemas de informações tradicionais de vigilância têm várias limitações, sendo as principais constatadas pelos autores as seguintes:

- As informações coletadas por meio de prestadores de serviços de saúde, quando não realizadas diretamente com o usuário de indivíduos, portanto com os sistemas tradicionais de vigilância, não captam sinais de pessoas doentes que não procuram os serviços de saúde;
- Os sistemas tradicionais baseiam-se em definições de casos e, portanto, podem perder doenças emergentes, bem como combinações inesperadas de sinais sintomas;
- Entre o surgimento dos sinais e sintomas de uma doença e a produção e a disseminação de dados agregados, existe um intervalo considerável.

Na linha dos estudos de tecnologias de saúde móvel, mhealth, um estudo de revisão sistemática que avaliou a aplicação de tecnologias de saúde móvel em 21 localidades, sendo estes localizados em Bangladesh, Índia, Quênia, Malawi, Nigéria, Paquistão, Filipinas, Zâmbia e Zimbábue. As estratégias envolviam o uso de ligações telefônicas ou lembretes por SMS para incentivo da vacinação, outros também utilizavam aplicativos interativos através de GPS (OLIVER et al., 2017).

Um dos estudos, realizado no Zimbábue, onde um grupo de controle recebeu apenas educação em saúde e outro recebeu SMS de orientações sobre vacinação, foi comprovado nos três momentos de imunização, que a porcentagem de crianças totalmente vacinadas com a dose relevante de vacinas contra pólio, pentavalente e pneumocócica foi significativamente maior na intervenção do grupo controle. Em outro momento, na Nigéria, identificou-se, o aumento das taxas de cobertura em relação aos cuidados habituais ao receber lembretes telefônicos dois dias e um dia antes de uma consulta de vacinação (OLIVER et al., 2017).

Em outro tipo de aplicação para a tecnologia de saúde móvel, que foi utilizada também na Nigéria, com aplicativos de aprendizagem interativa, para auxiliar e rastrear o progresso dos profissionais de saúde na vacinação utilizou-se o sistema de posicionamento global (GPS) de telefones Android para rastrear onde as equipes de vacinação estiveram, o que ajudou a reduzir o número de assentamentos no norte da Nigéria que não haviam sido cobertos nas últimas três campanhas (OLIVER et al., 2017).

A revisão realizada por WATTERSON J.L.; WALSH J.; MADEKA I. (2015), revelou que em um estudo realizado na Tailândia, a imunização infantil obteve um aumento de 10% na proporção de crianças que receberam a vacinação em tempo útil, após a implementação de um aplicativo móvel para melhorar registros de usuários e o envio de mensagens SMS automáticas como lembrete de vacinação. Em outro estudo, realizado na região rural do Malawi, após receberem SMS ou lembretes de voz para educação em saúde, as mães

relataram uma mudança de comportamento real, incluindo o fato de trazerem seus filhos para as próximas doses de vacinas.

Os estudos randomizados avaliados durante a pesquisa corroboram com os dados das revisões sistemáticas. Os estudos realizados em 3 distritos do Quênia, em 152 vilarejos da zona rural, em 1 província do Vietnã, com práticas de incentivo baseadas em envio de SMS a grupos controles, avaliaram através de um grande número de participantes, que os lembretes por SMS foram eficazes na redução de desistências de vacinação, nos locais selecionados. A cobertura de vacinação foi significativamente maior do que aqueles que receberam lembretes de rotina. Estatisticamente os 3 estudos comprovam os mesmos números, sendo que os níveis globais de cobertura da imunização estagnaram em torno de 85%, e o uso de incentivos através de SMS, pode ser uma opção para atingir os 15% restantes (NGUYEN et al., 2017).

Dois projetos de saúde móvel (mhealth) foram desenvolvidos em parceria com a PATH (Program for Appropriate Technology in Health) — Programa de Tecnologia Apropriada em Saúde, que é uma organização internacional de saúde sem fins lucrativos com sede em Seattle. A PATH tem como missão transformar a saúde global por meio da inovação. A organização adota uma abordagem empreendedora para desenvolver e fornecer soluções de alto impacto e baixo custo, desde vacinas que salvam vidas até programas de colaboração com as comunidades (PATH, 2018).

Um dos projetos foi desenvolvido no Vietnã e consistia em criar um sistema de informações do programa nacional de imunização, a partir de uma população local, através de dispositivos móveis. Os dados exportados para o sistema de informações foram usados para comparar a taxa de imunização, a taxa de abandono e a oportunidade da vacinação antes e depois da intervenção. A pesquisa concluiu que a administração oportuna de vacinas aumentou significativamente ao longo do tempo, desde o início até a pós-intervenção, até um ano após a intervenção (NGUYEN et al., 2017).

Outra intervenção feita pela PATH em uma província da China, através de tecnologias de saúde móvel para apoiar os médicos que trabalham na saúde básica. O aplicativo permitia marcar e remarcar consultas automaticamente, registrar e atualizar as informações de imunização das crianças, gerar uma lista de crianças que perderam suas consultas de vacinação e enviar informações sobre educação em saúde aos médicos da província (CHEN et al., 2014).

CONCLUSÃO

A revisão integrativa possibilitou identificar a condição adversa e os desafios em que se encontra a implantação do SIPNI. As dificuldades na esfera municipal, relativas à inclusão e a operacionalização do Sistema. O relevante questionamento seria se existe a sugestão para sua sustentabilidade do sistema.

Para um SIPNI eficiente e sustentável, seria fundamental reafirmar uma nova política de implantação estabelecendo um compromisso em todos os níveis, reavaliar as ferramentas tecnológicas, avaliar os aspectos financeiros, administrativos e técnicos, bem como o tempo e a proporção da implementação.

As tecnologias de saúde móvel demonstram ser uma opção de sustentabilidade para o SIPNI, ao passo que demonstram oferecerem excelente custo-efetividade. Através dos estudos, atestam que podem ser empregadas de diferentes formas para beneficiar a absorção e a dinâmica dos sistemas de imunização. Mesmo que boa parte dos estudos necessite de grupos maiores de

comparação, os resultados demonstram, de maneira geral, um melhor fluxo de vacinas através das intervenções baseadas em tecnologias de saúde móveis.

As evidências são fornecidas por esta revisão, acerca da eficiência dos lembretes de SMS para as famílias sobre a vacinação, bem como para ferramentas educacionais para os trabalhadores de saúde e a criação de registros digitais através de dispositivos móveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação dos estudos relativos ao SIPNI, percebeu-se grande deficiência quanto ao número de artigos, manuais, regulamentos publicados. O que prejudicou o delineamento dessa inovação tecnológica.

Estudos relativos à mhealth ou saúde móvel com iniciativas públicas de qualquer natureza, não foram encontradas na língua portuguesa ou no Brasil, sendo necessário explorar estudos em outros países.

De maneira geral, existem evidências preliminares para apoiar o uso da tecnologia mhealth para ampliar a cobertura de vacinação em países de baixa e média renda e para aprimorar o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, o SIPNI.

Diante do momento de hesitação vacinal e a oposição à vacina, que são fenômenos cada vez mais preocupantes. A constatação da queda na confiança das vacinas pode ocasionar um evento mais grave, como a diminuição da cobertura vacinal, permitindo que o programa de imunização falhe. A utilização de ferramentas de saúde móvel pode beneficiar a imunização em quatro dimensões importantes dos programas de imunização, sendo eles: os registros de imunização, a vigilância de doenças evitáveis por vacinação e vigilância de EAPV e um quarto aspecto, representado pelo monitoramento da confiança nos programas de imunização, que pode ser facilmente integrado através dessas ferramentas, o que propiciaria a implementação de estratégias de informação sobre a vacina, fundamentadas em dados.

REFÊRENCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.** Versão 8. Brasília, Julho, 2011. <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2012/02/Manual-SIPNI-V8-Julho-2011.pdf>.

BRASIL. **Manual do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SIPNI.** 2014. Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/vacinacao/2016/manual_SIPNI_fev_2014.pdf.

BRASIL. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SIPNI.** 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/02/3.d-Sistema-de-Informacao-SIPNI-CIT.pdf>.

CHEN, L. et al. **Effectiveness of a smart phone app on improving immunization of children in rural Sichuan Province, China: study protocol for a paired cluster randomized controlled trial.** BMC public. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24645829>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Programa Nacional de Imunizações. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações**, 2015. Disponível em: <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>.

DANOVARO, H.M.C. et al. **Registros electrónicos de vacunación en América Latina: avances y enseñanzas**. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013 Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n5-6/453-457/>.

FERREIRA, F.C.L. **Avaliação da satisfação de usuários sobre o atendimento de enfermagem: revisão integrativa**. Universidade de Brasília Faculdade de Saúde Departamento de Enfermagem Curso de Graduação de Enfermagem, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/12027/1/2015_FlaviaCristinaLacerdaFerreira.pdf.

GREFFE, N. et al. **Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações no município do Rio de Janeiro: projeto piloto para implantação**. Rio de Janeiro: projeto piloto para implantação DOI.10.24118/revsf2525.4383.2.2.2017:354. Disponível em <http://https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/download/354/307>.

GROOM, H. et al. **Immunization Information Systems to Increase Vaccination Rates: A Community Guide Systematic Review**. 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/jphmp/Fulltext/2015/05000/Immunization_Information_Systems_to_Increase.2.aspx.

HAJI, A. et al. **Reducing routine vaccination dropout rates: evaluating two interventions in three Kenyan districts**. 2014 BMC public health vol. 16 152. 16 Feb. 2016, doi:10.1186/s12889-016-2823-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754928/>.

KÄLLANDER, K. et al. **Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low and middle income countries: a review**. Journal of medical Internet research vol. 15,1 e17. 25 Jan. 2013, doi:10.2196/jmir.2130. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636306/>.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. **The matrix method of literature review**. *Alternation*, Cape Town, v. 14, n. 1, p. 262-276, 2007. Disponível em: <http://alternation.ukzn.ac.za/Files/docs/14.1/12%20Klopper%20.pdf>.

LIMA, E.M. **Segurança de Assistência ao Paciente, 2016**. *Revista Enfermagem* v. 19, n. 2 (2016). Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13164/10306>.

MENDES, K.D.S. et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, 2008**. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.

NGUYEN, N. T. et al. **Digital immunization registry: evidence for the impact of mHealth on enhancing the immunization system and improving immunization coverage for children under one year old in Vietnam.** MHealth vol. 3 26. 19 Jul. 2017, doi:10.21037/mhealth.2017.06.03." Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547172/>.

NÓBREGA, A. A.; TEIXEIRA A. M. S.; LANZIERI T. M. **Avaliação do Sistema de Informação do Programa de Imunizações (SI-API).** Cadernos de Saúde Coletiva. v.18, n.1, p.145-53, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2014-a.pdf.

OLIVER, W. C. et al. **Using Mobile Phones to Improve Vaccination Uptake in 21 Low and Middle Income Countries: Systematic Review.** JMIR mHealth and uHealth vol. 5,10 e148. 4 Oct. 2017, doi:10.2196/mhealth.7792. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647459/>.

OMS. **World Health Organization, mHealth New horizons for health through mobile Technologies - Based on the findings of the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series.** Volume 3, 2011. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

OXFORD. **Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence,** 2009. Disponível: <http://www.cebm.net/oxfordcentre-evidence-based-medicine-levels-evidencemarch-2009/>.

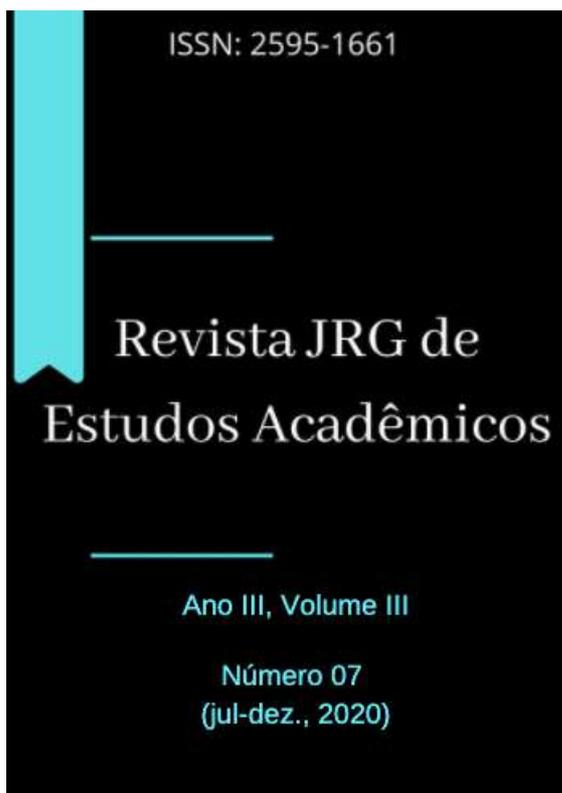
PATH. **Better data. Better decisions. Better health,** 2018. Disponível em: <https://www.path.org/projects/bid-initiative.php>.

SATO, A.P.S. **Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios.** Rev. Saúde Pública. 2015; 49:39. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf.

SILVA, B.S. et al, **Evaluation study of the National Immunization.** Rev. Bras. Enferm. vol.71 supl.1 Brasília 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700615&lang=pt.

TOZZI, A.E. et al. **Can Digital Tools Be Used for Improving Immunization Programs? Frontiers in public health.** 2016 vol. 4 36. 8 Mar. 2016,doi:10.3389/fpubh.2016.00036.Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782280/>.

WATTERSON J.L.; WALSH J.; MADEKA I. **Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature.** Biomed Res Int. 2015; 2015:153402. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561933/>.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **28/09/2020.**

Data de reformulação: **10/10/2020**

Data do aceite: **29/10/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4167376>

Publicado: **2020-10-31**

QUALIFICAÇÃO DE MATERIAL FLEXÍVEL PVC / PVC - PVDC NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

QUALIFICATION OF FLEXIBLE PVC / PVC MATERIAL - PVDC IN THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY

*Daniel Oliveira de Souza¹
Pedro Henrique Alves Martins²
Fellipe José Gomes Queiroz³*

RESUMO:

O PVC **Poli(cloreto e vinila)** é um material bastante utilizado na confecção de diversas embalagens e molduras, na indústria farmacêutica o PVC e o PVC/PVDC **Poli(cloreto e vinila)** dão a vida ao blister embalagem que protege o comprimido de diversas maneiras, sua barreira inibi o contato do comprimido com ar, bactérias, umidades etc. Com o avanço industrial, o blister tem ocupado um maior segmento entre os tipos de embalagens farmacêuticas. Alguns materiais como o PVC, são bastante utilizados na fabricação do blister, possuindo baixo custo e boa termoformabilidade a indústria farmacêutica busca qualificar fornecedores terceiros

¹ Faculdade Sena-Aires, FACESA, Valparaíso – GO. Graduando em Farmácia 8º período pela Faculdade Sena-Aires, FACESA, Valparaíso – GO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5942865175499163>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7887-5235>. E-mail: danielsouza9290@gmail.com

² Faculdade Sena-Aires, FACESA, Valparaíso – GO. Graduando em Farmácia 8º período pela Faculdade Sena-Aires, FACESA, Valparaíso – GO Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6731018796360234>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4966-6132>. E-mail: Pedro.novato@hotmail.com

³ Mestre em Ciências Farmacêuticas; Bacharel em Farmácia. Afiliação institucional: Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires – FACESA. CV. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1939428749184971>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2268-4138>. E-mail: fellipegomes2008@gmail.com.

para atender os requisitos de BPF boas práticas de fabricação, e se assegura que aquele material irá atender as necessidades de proteção exigida pela ANVISA

Palavra-chave: Testes físicos químicos para qualificação de materiais flexíveis; qualificações de embalagens; PVC

ABSTRACT

Poly PVC (chloride and vinyl) is a material widely used in the manufacture of various packaging and frames, in the pharmaceutical industry PVC and PVC / PVDC Poly (chloride and vinyl) give life to the blister packaging that protects the tablet in several ways, its barrier inhibits the contact of the tablet with air, bacteria, moisture etc. With the industrial advance, the blister has occupied a larger segment among the types of pharmaceutical packaging. Some materials, such as PVC, are widely used in the manufacture of blisters, having low cost and good thermoformability. The pharmaceutical industry seeks to qualify third-party suppliers to meet GMP requirements and good manufacturing practices, and ensures that that material will meet all the needs of protection required by ANVISA

Keyword: Physical chemical tests for qualification of flexible materials; packing qualification; PVC

INTRODUÇÃO

EMBALAGEM FLEXÍVEL

Embalagens plásticas flexíveis são aquelas cujo formato depende da forma física do produto acondicionado e sua espessura é inferior a 250 µm, pode ser produzido para produtos higiênicos, alimentos, limpeza e medicamentos, fundos termoformáveis flexíveis que se conformam ao produto e etc. os materiais flexíveis destacam-se pela relação otimizada entre a massa de embalagem e a quantidade de produto acondicionado e pela flexibilidade que oferecem ao dimensionamento de suas propriedades.^{1,2,3}

É possível construir estruturas de embalagens flexíveis específicas para cada aplicação, ou solicitação da indústria para cada tipo desenvolvimento do material de embalagem, e tendo em vista o nível de proteção exigido pelo produto a ser acondicionado, o desempenho esperado na máquina de acondicionamento, a resistência necessária inibir qualquer tipo de contágio às solicitações do sistema de distribuição, a inclusão de sistemas de fácil abertura, de refeitamento se necessário e de proteção contra violação, contato com oxigênio, bactérias e etc.^{1,2,3}

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE POLÍMEROS:

Plásticos é da família do polímero. Um polímero é uma macromolécula estruturada de unidades menores, os monômeros, que se ligam pelas diversas reações químicas. O número de unidades estruturais repetidas várias vezes numa macromolécula que é denominado grau de polimerização. Podendo ser sintetizados a partir do petróleo ou do gás natural, ou mesmo derivados de compostos naturais obtidos de fontes renováveis (biopolímeros).^{1,2,4,5,6,7}

A polimerização é a reação das moléculas menores conhecida como monômeros (figura 1) que se agrupam quimicamente por valência principais e forma

uma molécula longa com mais ou menos ramificações com a mesma composição centesimal. Os polímeros podem ser moldados de diversas formas e modelo repetidamente, com auxílio de calor e pressão, são denominados termoplásticos.^{6,7,8,9,10}

Dependem da sua natureza química e física do polímero, a qual é determinada pela estrutura química do monômero, pelo arranjo e massa molecular das cadeias poliméricas e pelo nível e forma de interação entre as macromoléculas. Esses fatores, por sua vez, determinam o grau de cristalinidade, a densidade e as temperaturas de transição física do polímero.^{8,9,10}

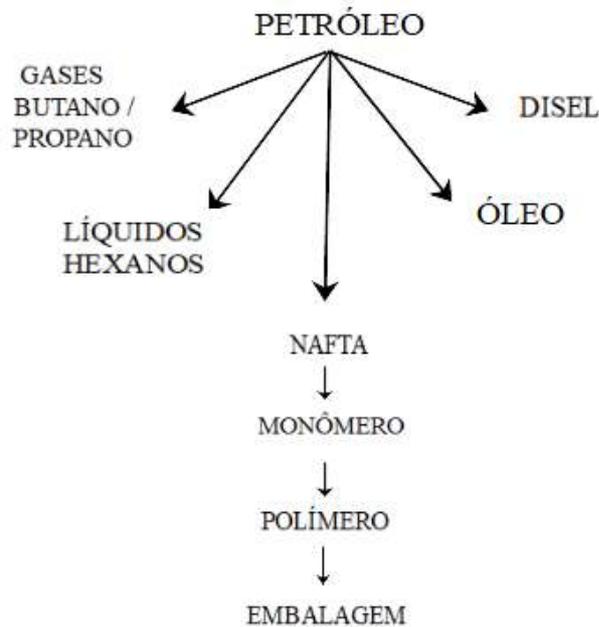


Figura 1: Origem dos materiais polímeros. Fonte:²

MASSA MOLECULAR:

O grau de polimerização expressa a medida do número de monômeros e comonômeros utilizados na formação da macromolécula, sendo a massa molecular uma indicação do seu tamanho. O processo industrial de polimerização tem uma variação entre as características das massas moleculares e de cada molécula individual. Os materiais poliméricos também são caracterizados pela massa molecular média, quanto mais ampla a distribuição de massa molecular, maior a quantidade de moléculas com massas moleculares inferiores e superiores à média.^{6,7}

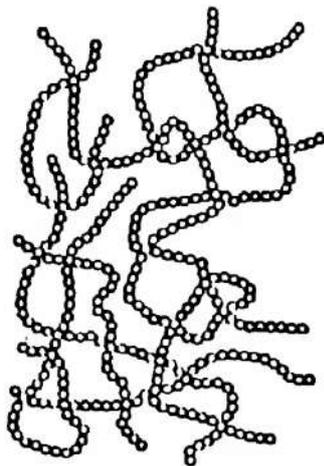
DENSIDADE:

A densidade por sua vez é função da composição química, que corresponde a massa molecular das macromoléculas individuais e representa a forma como estas estão compactadas (referente aproximação entre as cadeias). As poliolefinas, são polímeros compostos de carbono e hidrogênio, não apresentam átomos pesados e, por vez sua massa por unidade de volume é relativamente baixa, densidade menor que 1,0g/cm³. Com a presença de diversos elementos como oxigênio, cloro, flúor ou bromo que tende a aumentar a densidade do polímero, como exemplo de poli(cloreto

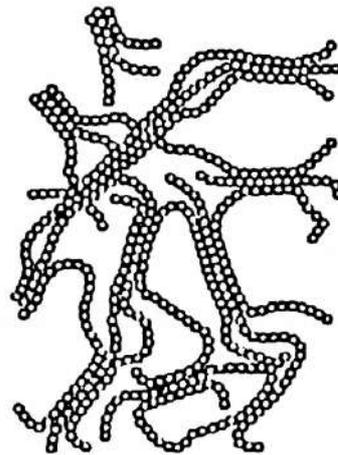
de vinila) - PVC, que tem densidade da ordem de $1,4\text{g/cm}^3$ e do poli(cloreto de vinilideno) - PVDC, com densidade em torno de $1,7\text{g/cm}^3$.^{1,8,9,10}

CRSITALINIDADE:

A solidificação dos termoplásticos assume uma estrutura amorfa ou semicristalina, quando as macromoléculas se arranjam aleatoriamente ou quando se alinham respectivamente. Com relação à organização tridimensional das macromoléculas, o polímero é amorfo ou semicristalino. Um polímero cristalizável, quando resfriado a partir da forma fundida, as regiões cristalinas se formam no início dos núcleos individuais. Em vez de grãos individuais, como ocorre com substâncias cristalizáveis de baixa massa molecular, de acordo com os metais, que tem uma estrutura bem mais complexa é formada a partir de cada núcleo. Com o longo comprimento das macromoléculas, grande parte delas não consegue se alinhar para formar a cristalização, isso evita a completa cristalização do polímero, diferentemente dos metais (Figuras 2). As áreas ordenadas são denominadas cristalitos e as desordenadas, amorfas.^{1,8,9,10}



Polímero amorfo

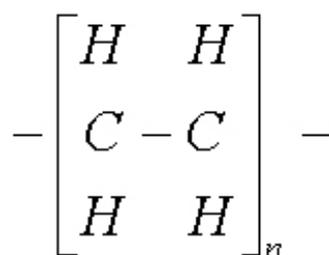


Polímero semicristalino

Figuras 2: Representação da organização molecular de polímeros amorfos e semicristalinos. Fonte:¹

POLIETILENOS – PE:

Existe uma camada de PE na formação do PVC/PVDC que a indústria farmacêutica utiliza para confecção dos blister que comporta os comprimidos. A estrutura básica do polietileno é $(-\text{CH}_2)_n$ nela existem ramificações ou cadeias laterais, isso em maior ou menor quantidade. Essa ramificação e o comprimento das ramificações laterais tem influência considerável sobre as características e formação do material, se eles se tronarem obstáculos à formação de regiões cristalinas. Se o grau de ramificação das cadeias polímeras for menor, maior a cristalinidade e, conseqüentemente, por sua vez maior a densidade, durante o resfriamento do



polímero, o polietileno tende a formar regiões cristalinas. A evolução do processo de polimerização foi motivada pela necessidade de controlar a estrutura molecular do polietileno figura 3.^{11,12,13,14,15}

Figura 3: Estrutura química PE polietileno. Fonte:²

POLI(CLORETO E VINILA) – PVC

O poli(cloreto de vinila) – PVC é um homopolímero termoplástico produzido a partir da polimerização do monômero cloreto de vinila. (Figura 4)

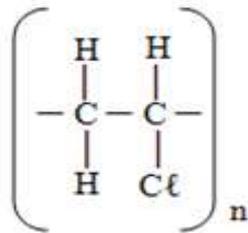


Figura 4 : Estrutura química do poli(cloreto de vinila). Fonte:²

O PVC é um produto de grande versatilidade e que está mais presente no nosso dia-a-dia do que podemos imaginar. Ele é formado a partir do 1,2-dicloroetileno, obtido da reação de cloro com etileno. O etileno é derivado da indústria petroquímica, enquanto o cloro é extraído do cloreto de sódio, NaCl. O PVC é um polímero derivado do petróleo, que representa apenas 43% desta resina e 57% de fonte inorgânica, o sal NaCl (figura 5).^{8,9,10,11,12,13,14,15}

O PVC pode ser produzido com propriedades específicas para as mais diversas aplicações o que o torna um dos polímeros lineares mais importantes e diversificados. Por esse motivo, o PVC atende a requisitos tão distintos como o filme flexíveis transparentes até os de tubulações e esquadrias para construção civil.^{11,12,13,14,15}

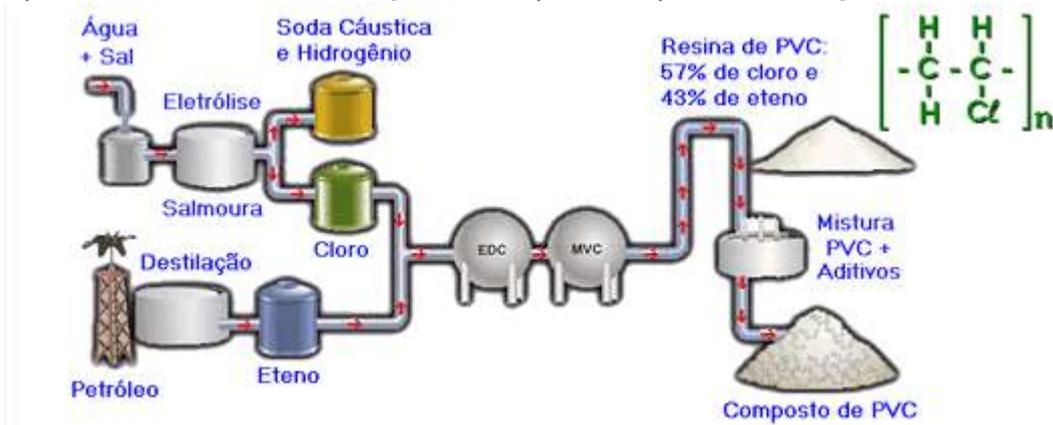


Figura 5: Fabricação do PVC. Fonte: <https://www.fazfacil.com.br/reforma-construcao/pvc-policloreto-vinila/>

Leve (1,4 g/cm³), o que facilita seu manuseio e aplicação, resistente à ação de fungos, bactérias, insetos e roedores, resistente à maioria dos reagentes químicos, bom isolante térmico, fabricado com baixo consumo de energia.^{8,9,10}

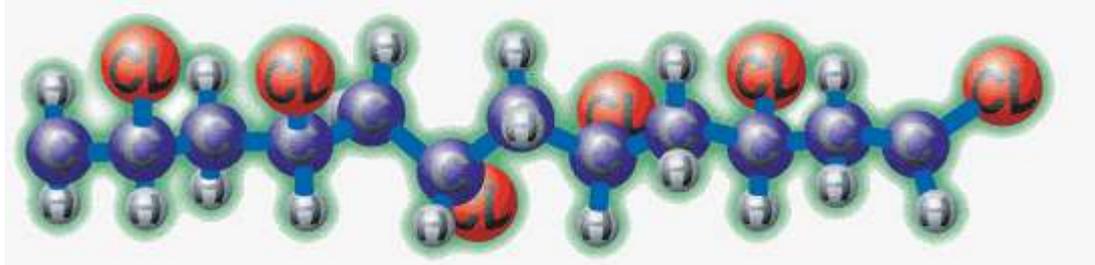


Figura 6: Estrutura física da massa do PVC. Fonte: <http://www.luperplas.com.br/o-pvc/>

COPOLÍMEROS DE CLORETO DE VINILIDENO - PVDC

O poli(cloreto de vinilideno) – PVDC é um termoplástico baseado no homopolímero 1,1-dicloetileno (figura 1.4)

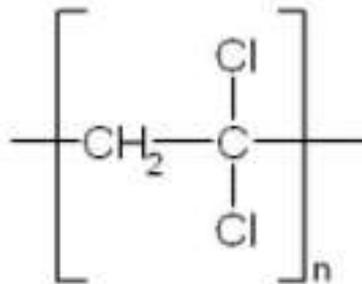


Figura 7: Estrutura química do poli(cloreto de vinilideno). Fonte:²

O cloreto de vinilideno é um monômero com um átomo de cloro a mais do que o monômero cloreto de vinila. O homopolímero ele é mais difícil de processar e resulta em um filme muito mais rígido, ele é copolimerizado com monômeros vinílicos, como cloreto de vinila, com acrilatos ou nitrilas, isso depende das propriedades desejadas.^{11,12,13,14,15}

As propriedades dos copolímeros de PVDC varia do grau de polimerização, do tipo e propriedades dos comonômeros e suas proporções relativas. As principais propriedades do PVDC incluem baixa permeabilidade a gases, ao vapor d'água e aromas, alta resistência química (óleos, solventes, ácidos inorgânicos, bases fracas, álcool).^{11,12,13,14,15}

Resistência mecânica, resistência a óleos e gorduras, estabilidade dimensional, boas propriedades ópticas, de encolhimento e de termoformação e alta resistência térmica aos processos de enchimento a quente, esterilização e aquecimento em micro-ondas. Apresenta boa selabilidade a quente, mas também pode ser selado por alta frequência e ultrassom.^{8,9,10}

QUALIFICAÇÃO DE MATERIAL FLEXÍVEL NA INDÚSTRIA

Na indústria farmacêutica a diversos de materiais de embalagens, como: frascos plásticos, frascos de vidros, bisnagas laminadas, bisnagas plásticas, tubos de alumínio, tubos de plásticos, alumínio sem gravação, alumínio gravados, tampas plásticas, seringas, gotejadores, batoques, cartuchos, bulas, rótulos, caixas de papelão, lacres plásticos, PVC, PVC/PVDC e etc. Cada bobina de PVC e PVC/PVDC tem um diâmetro específico de acordo com a solicitação da indústria farmacêutica.^{8,9,10,16,17,18,19}

Para cada um desses itens existe um tipo de qualificação exigida ao fornecedor que as indústrias realizam de acordo com a especificação e a BPF (boas práticas de fabricação). O DME (desenvolvimento de material de embalagem) é um setor responsável pelo desenvolvimento de artes e qualificação do fornecedor de material de embalagem que prestam serviços para indústria farmacêutica.^{16,17,18,19}

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada foi a revisão documental. Foi realizado levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais, pesquisando artigos em língua portuguesa e inglesa. Os dados experimentais foram obtidos de análise documental dos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESPECIFICAÇÃO DE MATERIAL DE EMBALAGEM

No regime interno da indústria farmacêutica existe especificação de cada um dos seguintes materiais, frascos plásticos, frascos de vidros, bisnagas laminadas, bisnagas plásticas, tubos de alumínio, tubos de plásticos, alumínio sem gravação, alumínio gravados, tampas plásticas, seringas, gotejadores, batoques, cartuchos, bulas, rótulos, caixas de papelão, lacres plásticos, PVC, PVC/PVDC e etc. Esse documento é revisado de acordo com as alterações da RDC/17 exigida pela ANVISA, o DME revisa esse documento e libera no fluxo de aprovação de diversos setores até chegar na GQ (garantia de qualidade) onde é homologado e a partir daquela data a alteração é consolidada. O DME envia esse documento (especificação) para empresa terceira em processo de qualificação, solicitando que o material seja fabricado segundo os testes solicitados na especificação (figura 8).^{16,17,18,19}

I – CARACTERÍSTICAS VISUAIS			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO		TIPO DE ANÁLISE
DESCRIÇÃO	Filme PVC/PVDC 112 mm cristal.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
ASPECTO GERAL DA BOBINA	O enrolamento deve estar firme e as laterais devem estar lisas, sem ondulações ou rebarbas. Devem estar isentas de marcas, contaminações, bolhas, sujidades e furos.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
COR	Cristal.		<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
SENTIDO DE BOBINAMENTO	PVDC na parte interna.		<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
Nº DE EMENDAS POR BOBINA	Máximo de 02 (duas) emendas, confeccionadas com fita adesiva termo – moldável, de cor contrastante (vermelho) em ambos os lados. Não deve haver sobreposição da estrutura laminada. (Ref.: Fita Adesiva MONTA 255 / material: filme de PVC rígido não orientado / espessura: 0,070 mm +/- 10%).		<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
ACONDICIONAMENTO	As bobinas devem ser embaladas individualmente em filme plástico ou plástico bolha, protegidas por discos de materiais resistentes nas suas laterais. As bobinas devem ser protegidas da exposição à luz.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
IDENTIFICAÇÃO	As bobinas devem estar identificadas, através de etiqueta ou impressão, individual e externamente, com as seguintes informações: - Nome do fornecedor; - Nome do cliente; - Nome do material; - Código do material; - Quantidade por caixa; - Nº de lote do fornecedor / Nº O.P.; - Data de fabricação e validade (quando aplicável); - Símbolos de manuseio, transporte e armazenamento.		<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
II- CARACTERÍSTICAS DIMENSIONAIS			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO		TIPO DE ANÁLISE
DIMENSIONAL DA BOBINA	Largura	112,00 (111,00 – 113,00) mm	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
	Diâmetro externo	550,00 a 600,00 mm	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
	Diâmetro interno do tubete	76,00 (75,00 - 77,00) mm	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
GRAMATURA TOTAL	PVDC	60,00 (57,00 – 63,00) g/m ²	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	Total	405,00 (380,00 – 428,00) g/m ²	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
ESPESSURA TOTAL	PVC	250,00 (237,50 – 262,50) µm	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	Total	286,00 (270,75 – 300,30) µm	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
ESTABILIDADE DIMENSIONAL	Longitudinal	- 8,0% a 0% (a 140°C/10min)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
	Transversal	0% a + 3,0% (a 140°C/10min)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

III – CARACTERÍSTICAS DE COMPOSIÇÃO/TIPO DE MATERIAL			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO		TIPO DE ANÁLISE
COMPOSIÇÃO	Laminado rígido de PVC (filme) combinado com copolímero de PVDC.		<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
MATERIAL DO TUBETE	Alumínio ou PVC.		<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL*1	PVC	Positivo	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
	PVDC	Positivo	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
RESÍDUO NÃO VOLÁTIL*1	Menor que 15 mg.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
RESÍDUO POR INCINERAÇÃO*1	Menor que 5 mg.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
METAIS PESADOS*1	Qualquer cor produzida na amostra dentro de 10 minutos não deve ser mais intensa do que a cor produzida no padrão.		<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B
TRANSMISSÃO DE LUZ*1	N/A		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

Figura 8: Especificação do material de embalagem PVC/PVDC. Fonte: Próprio autor.

Nesta especificação do material de embalagem consta três colunas com diversos teste, tem a primeira coluna Item, relata os tipos de testes que tem que ser realizados, na segunda coluna relata especificação, com os tipos de resultados que o material tem que apresenta e valores dimensionais, na terceira coluna relata tipo de análise, essa coluna informa qual teste o fornecedor tem que realizar e relatar no laudo criado com os resultados que ele encontrou para cada teste que a especificação exigir.

No tipo de análise tem um campo com a letra A e B, quando a letra A estiver marcado com o X o fornecedor tem que realizar esse teste e relatar no laudo de análise dele regado no final da produção desse material, quando a letra B estiver marcado refere-se que a indústria tem que realizar esse teste antes de liberar o material para processo produtivo.

Após a produção e envio do material para indústria farmacêutica é realizado os testes no controle de qualidade para verificar se o fornecedor atendeu a nossa especificação. O CQ amostra o material de embalagem de acordo com o POP operacional interno da indústria, e realiza os testes.

- **Descrição:** é verificado se o material é filme PVC/PVDC 112mm cristal, de acordo com o que se pede na especificação.
- **Aspecto geral da bobina:** O enrolamento deve estar firme e as laterais devem estar lisas, sem ondulações ou rebarbas. Devem estar isentas de marcas,contaminações, bolhas, sujidades e furos.
- **Cor:** Cristal.
- **Sentido do Bobinamento:** PVDC na parte interna.

- **Nº de emendas por bobina:** Máximo de 02 (duas) emendas, confeccionadas com fita adesiva termolável, de cor contrastante (vermelho) em ambos os lados. Não deve haver sobreposição da estrutura laminada. (Ref.: Fita Adesiva MONTA 255 / material: filme de PVC rígido não orientado / espessura: 0,070 mm +/- 10%).
- **Acondicionamento:** As bobinas devem estar identificadas, através de etiqueta ou impressão, individual e externamente, com as seguintes informações:
 - Nome do fornecedor;
 - Nome do cliente;
 - Nome do material;
 - Código do material;
 - Quantidade por caixa;
 - Nº de lote do fornecedor / Nº O.P.;
 - Data de fabricação e validade (quando aplicável);
 - Símbolos de manuseio, transporte e armazenamento.

- **Dimensional da Bobina:**

Largura:	112,00 (111,00 – 113,00) mm
Diâmetro externo:	550,00 a 600,00 mm
Diâmetro interno do tubete:	76,00 (75,00 - 77,00) mm

- **Gramatura Total:** 405,00 (380,00 – 428,00) g/m²
- **Espessura Total:** 286,00 (270,75 – 300,30) µm
- **Material do Tubete:** Alumínio ou PVC.
- **Identificação do material:**
 - PVC:** Positivo.
 - PVDC:** Positivo.
- **Resíduo não volátil:** Menor que 15 mg.
- **Resíduo por Incineração:** Menor que 5 mg.
- **Metais pesados:** Qualquer cor produzida na amostra dentro de 10 minutos não deve ser mais intensa do que a cor produzida no padrão.

TAG:

É uma etiqueta que identifica o material com números de series e letras. Nas empresas farmacêuticas é de obrigação o equipamento seja ele qual for tem que ter TAG para identificação.

Os testes de descrição, aspecto geral da bobina, cor, sentido de bobinamento, acondicionamento e identificação, são realizados visualmente pelos colaboradores do setor controle de qualidade que são treinados de acordo com a função que exerce.

Largura, Diâmetro externo e Diâmetro interno do tubete:

Os testes de Largura, Diâmetro externo e Diâmetro interno do tubete são realizados com o auxílio de uma régua flexível calibrada, medir as dimensões conforme especificação previamente aprovada (verificar se os resultados se encontram dentro da faixa especificada). Os resultados são registrados em uma planilha e comparado com os valores de mínimo e máximo de acordo com a especificação.



Figura 9: Fita Flexível. Fonte: Próprio autor.

Gramatura Total:

O teste de gramatura é realizado com um gabarito de inox (Figura) que também possui TAG de rastreabilidade, é recortado um quadrado com área aproximada de 10x10 cm (100 cm²) para cada bobina de PVC amostrada. Pesam cada amostra, determinar o peso médio e o desvio padrão relativo entre os valores encontrados, os resultados são registrados em uma planilha e comparado com os valores de mínimo e máximo de acordo com a especificação.



Figura10: Gabarito de Inox. Fonte: Próprio autor.

Espessura Total:

O teste de espessura total é realizado com o auxílio de um micrômetro calibrado, medir a espessura do material (o resultado encontrado será em mm). Converter o resultado encontrado em μm ($1\text{mm} = 1000 \mu\text{m}$) e conferir com a especificação previamente aprovada. O micrometro também tem TAG de rastreabilidade.



Figura 11: Micrometro. Fonte:

<https://www.anhangueraferramentas.com.br/Produto/micrometro-externo-digital-0-a-25mm-0-001mm-110-284-new-digimess-96793>

Identificação do PVC e PVC/PVDC

No PVC não é necessário realizar o método de dê-laminação utilizando o reagente acetona para separação de camadas, como é utilizado no PVC/PVDC, porque ele tem uma camada de PVC e outra de PVDC, é retirado um pedaço da amostra do PVC/PVDC de 5 x 5 cm utilizado para esta etapa, é necessário 50ml do reagente acetona, o pedaço da amostra é imerso no reagente por 30min. Após os 30 minutos a mostra se separa em duas camadas um PVC e outro PVDC.^{20,21}

Essas amostras são lidas no equipamento perkin-elmer-spectrum-400-ft-ir-nir-spectrometer-with/10073000 em uma faixa de 4000 a 650 cm^{-1} . Após a leitura da amostra é realizado a comparação com Padrão enviado pelo fornecedor (figuras 12 e 13).

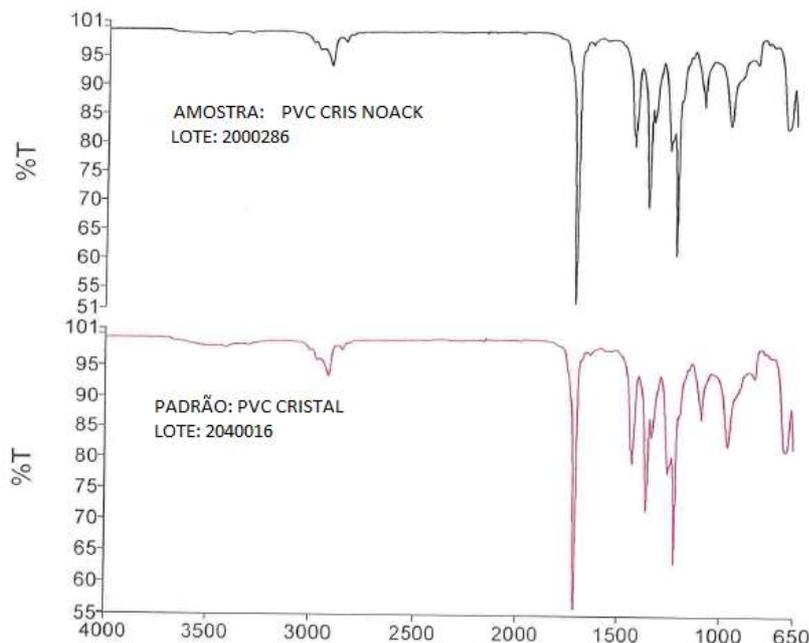


Figura 12: Leitura da amostra PVC comparado com a leitura do Padrão PVC. Fonte: próprio autor.

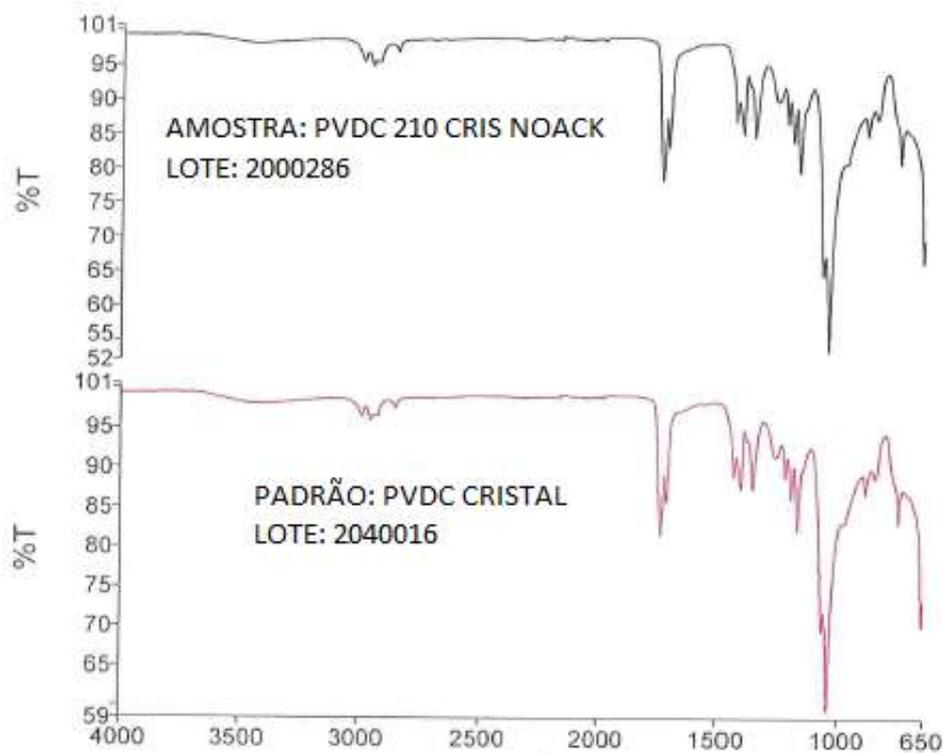


Figura 13: Leitura da amostra PVDC comparado com a leitura do Padrão PVDC. Fonte: próprio autor.

TESTES FÍSICO-QUÍMICOS

Resíduo Não Volátil:

Pesar um cadinho apropriado vazio e, em seguida, transferir, em alíquotas adequadas, 50 mL do Extrato da amostra para o cadinho e evaporar a parte volátil utilizando uma chapa aquecedora a 105 °C. Secar a amostra resultante no cadinho a 105 °C por 1 hora. Pesar o cadinho contendo o resíduo do Extrato da amostra obtido. Pesar um cadinho apropriado vazio e, em seguida, transferir, em alíquotas adequadas, 50 mL do Branco para o cadinho e evaporar a parte volátil utilizando uma chapa aquecedora a 105 °C. Secar a amostra resultante no cadinho a 105 °C por 1 hora. Pesar o cadinho contendo o resíduo do Branco obtido.

Obter a quantidade de resíduo não volátil obtida através do cálculo a seguir:

Quantidade de resíduo não volátil (mg) = (M2 – M1) – (M4 – M3) Onde:

M1 = Massa do cadinho do Extrato da amostra vazio (mg);

M2 = Massa do cadinho contendo o resíduo do Extrato da amostra (mg);

M3 = Massa do cadinho do Branco vazio (mg);

M4 = Massa do cadinho contendo o resíduo do Branco (mg).

Resíduo por incineração:

Não é necessário realizar esse teste quando o resultado do teste de Resíduo Não Volátil for menor que 5 mg.

Proceder com a obtenção dos resíduos, a partir do Branco e do Extrato da amostra descrito no teste para Resíduo Não Volátil utilizando, se necessário, mais ácido sulfúrico para a mesma quantidade em cada cadinho. Umedecer o resíduo obtido no teste de Resíduo Não Volátil com aproximadamente 1,0 mL de ácido sulfúrico. Adicionar o ácido sulfúrico de maneira que não haja formação de bolsões de pó seco na camada inferior da amostra.

Aquecer brandamente até carbonização em temperatura não superior a 600 °C ± 50 °C. Conduzir a queima em capela de exaustão e assegurar que não haverá formação de chamas durante o processo, esfriar e adicionar lentamente cerca de 1,0 mL de ácido sulfúrico para umedecer o resíduo, carbonizar até eliminação total do ácido, ou seja, até ausência de fumaça branca. Transferir o cadinho para mufla, devidamente calibrada, e incinerar com aquecimento gradativo até 600 °C ± 50 °C.

Esfriar o cadinho, em dessecador e pesar, incinerar por mais 30 minutos, esfriar e pesar o cadinho. Repetir este procedimento até que a diferença entre duas pesagens sucessivas não seja maior que 0,5 mg.

Obter a quantidade de resíduo por incineração obtida através do cálculo a seguir:

Quantidade de Resíduo por incineração (mg) = (M2 – M1) – (M4 – M3) Onde:

M1 = Massa do cadinho do Extrato da amostra vazio (mg);

M2 = Massa do cadinho contendo o resíduo do Extrato da amostra (mg);

M3 = Massa do cadinho do Branco vazio (mg);

M4 = Massa do cadinho contendo o resíduo do Branco (mg).

O resultado deve atender a especificação.

Metais Pesados:

Preparo dos Reagentes especiais:

a) Solução estoque de nitrato de chumbo: dissolver, exatamente, 159,8 mg de nitrato de chumbo em 100 mL de água adicionada de 1 mL de ácido nítrico. Diluir com água para 1000 mL e homogeneizar. Preparar e estocar essa solução em recipientes de vidro isentos de sais solúveis de chumbo.

b) Solução padrão de chumbo (10 ppm Pb): no dia do uso, diluir 10 mL da solução estoque de nitrato de chumbo para 10 mL com água. Cada mililitro dessa solução contém o equivalente a 10 µg de chumbo (10 ppm Pb).

c) Tampão acetato pH 3,5: dissolver 25,0 g de acetato de amônio em 25 mL de água e adicionar 38 mL de ácido clorídrico 6 M. Se necessário, ajustar o pH em 3,5 com hidróxido de amônio 6 M ou ácido clorídrico 6 M. Diluir para 100 mL com água e homogeneizar.

d) Preparo de Tioacetamida SR: dissolver 4 g de tioacetamida em água e completar o volume a 100 mL. Tomar 0,2 mL e adicionar a 1 mL da seguinte mistura: 1,5 mL de hidróxido de sódio M, 0,5 mL de água e 2 mL de glicerol a 85% (p/v). Aquecer em banho-maria durante 20 s, resfriar e utilizar imediatamente.

Preparo da amostra:

Pipetar 20 mL do Extrato da amostra, filtrado, se necessário, para um tubo de 50 mL para comparação de cor. Ajustar o pH entre 3,0 e 4,0 com ácido acético 1 M ou hidróxido de amônio 6 M, utilizando um papel indicador de curto intervalo de pH. Diluir com água até cerca de 35 mL e homogeneizar.

Preparo do padrão:

Pipetar 2 mL de Solução padrão de chumbo 10 ppm Pb, e transferir para outro tubo de 50 mL para comparação de cor e adicionar 20 mL do Branco. Ajustar o pH entre 3,0 e 4,0 com ácido acético 1 M ou hidróxido de amônio 6 M, utilizando um papel indicador de curto intervalo de pH. Diluir com água até cerca de 35 mL e homogeneizar.

Em cada tubo, adicionar 1,2 mL de tioacetamida SR e 2 mL de Tampão acetato pH 3,5, diluir com água até 50 mL de solução e homogeneizar.

Qualquer cor produzida dentro de 10 minutos na preparação que contém o extrato da amostra, não deve ser mais intensa do que na Preparação padrão, ambas visualizadas sobre uma superfície branca (1 ppm no extrato).

Após todos esses testes serem validados de acordo com os valores exigido na especificação a GQ (Garantia de Qualidade) solicita a documentação do fornecedor para adequação no registro de fornecedores qualificados.

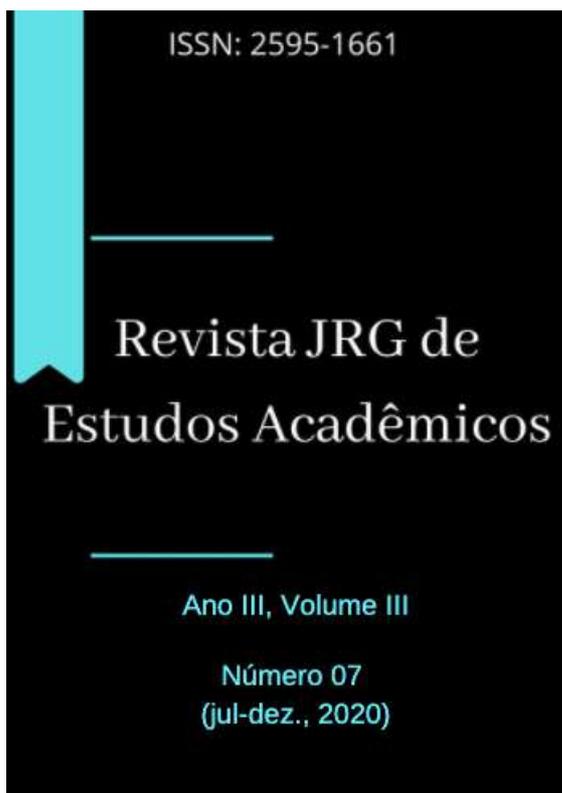
Referências:

1. Embalagens plásticas flexíveis: principais polímeros e avaliação de propriedades / editores, Claire I. G. L. Sarantopoulos, Fábio Gomes Teixeira – 2. Ed. – Campinas: ITAL/CETEA, 2017.
2. Embalagens : design, materiais, processos e máquinas / [coordenação geral Assunta Napolitano Camilo ; jornalista responsável Margaret Hayasaki ; coordenação técnica Larissa Mendes]. – Barueri, SP : Instituto de Embalagens, 2009.
3. SARANTÓPOULOS, C.I.G.L.; JESUS JÚNIOR, I.A. Embalagens plásticas esterilizáveis: Reinvenção e Tendência. CETEA INFORMATIVO - Boletim de Tecnologia e Desenvolvimento de Embalagens, Campinas, v . 17, n.3, jul/ago/set, 2005. Disponível em: <http://www.cetea.ital.org.br/cetea/informativo/v17n3_artigo3.pdf>. Acesso em: 20 set. de 2009.

4. INSTITUTO DE EMBALAGENS. Guia de Referências: Embalagens da concepção ao descarte responsável. São Paulo, 2007.
5. ABIQUIM. *Anuário da Indústria Química Brasileira*, Ano 31, São Paulo, 2004. 324p.
6. INSTITUTO DE EMBALAGENS. *Guia de Referências: Embalagens da concepção ao descarte responsável*. São Paulo, 2008.
7. ROSATO, Dominik V.; ROSATO, Donald V.; ROSATO, M. G. *Injection Molding Handbook*. 3. ed. EUA: Kluwer Academic Publisher, 2000.
8. CALLISTER Jr., W. D. *Materials Science and Engineering: An Introduction*. EUA: Willey, 2002. 848p.
9. CANEVAROLO, S. V. *Ciência de Polímeros*. 2. ed. Brasil: ARTLIBER, 2007.
10. M&G. *Manual Técnico Resina PET*. São Paulo: M&G, 2003.
11. https://www.researchgate.net/profile/Shivang_Chaudhary/publication/310619339_Packaging_Development_by_Design_for_Solid_Oral_Dosage_Form-Tablets/links/5b50952c0f7e9b240fef46e9/Packaging-Development-by-Design-for-Solid-Oral-Dosage-Form-Tablets.pdf
12. <http://eprints.ugd.edu.mk/15936/3/Section%204.pdf#page=45>
13. BESELATM. The brand new retortable, transparent, ultra high gas barrier filme. New york: Kureha Corporation of america, 2005. 4p. (Technical catalogue).
14. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 13177: embalagens flexíveis: avaliação do potencial de contaminação organoléptica de alimentos. Rio de Janeiro, 2012. 12p p.
15. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 13058: embalagens flexíveis: análise de solventes residuais. Rio de Janeiro, 2012. 15 p.
16. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 17, de 17 de março de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico sobre lista positiva de aditivos para materiais plásticos destinados à elaboração de embalagens e equipamentos em contato com alimentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 mar. 2008. Seção 1, p. 43-51.
17. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 52, de 26 de novembro de 2010. Dispõe sobre corantes em embalagens e equipamentos plásticos destinados a estar em contato com alimentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 244, 22 dez. 2010b. Seção 1, p. 79-80. Disponível em:

<http://www.fooddesign.com.br/arquivos/legislacao/RDC%2051%20%Embalagens%20final.pdf>.

18. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 56, de 16 de novembro de 2012. Dispõe autorizados para a elaboração de embalagens e equipamentos plásticos em contato com alimentos. Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 nov. 2012. Seção 1, p. 66-77.
19. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 91, de 11 de maio de 2001. Aprova o Regulamento Técnico - critérios e classificação de materiais para embalagens e equipamentos em contato com alimentos constante do Anexo desta Resolução. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 maio 2001.
20. Xiujuan Wang, Meng Song, Suting Liu, Sizhu Wu, Aung Myat Thu, Analysis of phthalate plasticizer migration from PVDC packaging materials to food simulants using molecular dynamics simulations and artificial neural network, Food Chemistry, Volume 317, 2020, 126465, ISSN 0308-8146, <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2020.126465>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308814620303277>)
21. https://www.researchgate.net/profile/Thomas_Curran/publication/336742392_Biosystems_and_Food_Engineering_Research_Review_24/links/5db0628a92851c577eb9e0dd/Biosystems-and-Food-Engineering-Research-Review-24.pdf#page=96



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **02/10/2020**

Data de reformulação: **11/10/2020**

Data do aceite: **30/10/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4172970>**

Publicado: **2020-11-01**

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM E A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE¹

THE ROLE OF NURSES IN PROMOTING MEN'S HEALTH AND THE IMPORTANCE OF PUBLIC HEALTH POLICIES

*Ana Paula Miranda de Oliveira²
Débora Adriana Ramos³
Jonas Rodrigo Gonçalves⁴*

Resumo

O tema deste artigo é o papel do enfermeiro na promoção da saúde do homem. Investigou-se o seguinte problema: “como o enfermeiro estimula a promoção da saúde do homem em instituições de saúde?”. Cogitou-se a seguinte hipótese “o enfermeiro constitui elemento fundamental na implementação de políticas públicas de saúde do homem”. O objetivo geral é demonstrar a relevância do enfermeiro na oferta de

¹ Este artigo contou com a revisão linguística da Profª. Érida Cassiano Nascimento.

² Graduanda em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). CV Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8804201334541243>. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-0703-7004>>. E-mail: anapaulamirandadeoliveira47@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia. CV Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8157104994909882>>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0683-5466>. E-mail: psicologa.ramos@gmail.com.

⁴ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Facesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocesso.com.br.

assistência ao homem. Os objetivos específicos são: compreender a importância do profissional de enfermagem na saúde do homem e descrever as políticas públicas para tal público. Este trabalho é importante para o profissional de Enfermagem devido ao fato de que o entendimento do tema permite uma melhor assistência, para a ciência, é relevante porque favorece a melhoria das atuais estratégias de atendimento; agrega à sociedade pelo fato de melhores políticas públicas favorecem uma melhor assistência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

Palavras-chave: Atenção Primária. Enfermeiro. Promoção de Saúde e Educação em Saúde. Saúde do Homem. Unidade Básica de Saúde.

Abstract

The theme of this article is the role of nurses in promoting men's health. The following problem was investigated: "how does the nurse encourage the promotion of men's health in health institutions?". The following hypothesis was considered "the nurse is a fundamental element in the implementation of public health policies for men". The general objective is to demonstrate the relevance of nurses in offering assistance to men. The specific objectives are: to understand the importance of nursing professionals in men's health and to describe public policies for such public. This work is important for an operator of the Law due to the fact that the understanding of the subject allows a better assistance, for science, it is relevant because it favors the improvement of the current assistance strategies; it adds to society due to the fact that better public policies favor better assistance. This is a qualitative theoretical research lasting six months.

Keywords: Primary Attention. Nurse. Health Promotion and Health Education. Men's Health. Basic Health Unit.

Introdução

A assistência em saúde ao homem exerce papel fundamental no atendimento de uma demanda específica por parte da sociedade, com o intuito de promover a prevenção e tratamento de enfermidades diversas que atingem especificamente tal público. Além disso, busca-se o desenvolvimento de ações de orientação, informação e ensino acerca dos principais cuidados que devem ser adotados por tais indivíduos, que por muitas vezes não são compreendidos adequadamente por tal parcela populacional e que eventualmente pode ocasionar casos graves de saúde em virtude do desconhecimento ou negligência quanto ao meio de enfrentamento de determinada doença.

Neste contexto, parte da dificuldade existente em prestar atendimento adequado ao público masculino reside na ideia de que os homens possuem maior resistência no reconhecimento das próprias necessidades de saúde, com base no culto do pensamento de que não podem adoecer, em prol da manutenção da invulnerabilidade masculina e do seu potencial de prover o sustento à própria família. Sendo assim, em conjunto com a conformação do sistema de saúde em não ofertar atendimento adequado a tais indivíduos por meio do desenvolvimento de processos de orientação, educação e prevenção eficazes, aumenta-se significativamente o

número de doenças e mortes que poderiam ser evitadas em virtude de um melhor atendimento. (KESSLER, 2017).

O presente estudo adotou o seguinte problema cerne: como o profissional enfermeiro estimula a promoção da saúde do homem por meio da implementação de políticas públicas em instituições de saúde? Em suma, busca-se entender como o profissional de Enfermagem pode ofertar atendimento resolutivo e eficaz ao público masculino por meio da adequada implementação de políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento dos homens dentro do ambiente hospitalar.

Desta maneira, destaca-se que o modo de organização do sistema de saúde brasileira comumente prioriza o atendimento das parcelas populacionais mais vulneráveis, por meio do desenvolvimento de ações previamente planejadas e estruturadas, tais como o atendimento à saúde da mulher, da criança e do idoso. Com isso, pouco se desenvolveu em relação a promoção da saúde do homem no decorrer das últimas décadas, evidenciando relevância do desenvolvimento de recentes políticas públicas assistenciais voltadas ao público masculino, bem como a necessidade de criação de campanhas de prevenção, autocuidado e tratamento especificamente voltadas a tal público, implementadas adequadamente por profissionais de Enfermagem, visando a construção de um modelo assistencial pautado pela integralidade, efetividade e resolutividade no atendimento ao público. (SILVA *et al.*, 2012).

A hipótese levantada frente ao problema em questão foi a de que o enfermeiro constitui elemento fundamental na implementação de políticas públicas de saúde do homem que favorecem o adequado desenvolvimento das ações de promoção e prevenção em saúde. Ou seja, o profissional de Enfermagem, por meio do adequado exercício de suas funções e com base nas diretrizes estabelecidas em políticas públicas assistenciais, garante ao homem o adequado atendimento de suas necessidades e demandas, promovendo atendimento integral, resolutivo e eficiente para tal público.

Diante disso, deve-se destacar que a importância do profissional enfermeiro no desenvolvimento do processo de prevenção e promoção a saúde reside na ideia de que uma atuação eficiente é pautada pela perspectiva de pensamento e operação articulada com políticas e tecnologias disponibilizadas pelo sistema de saúde, visando a construção de ações capazes de atender adequadamente as necessidades e demandas em saúde do público masculino. Além disso, deve-se reconhecer que os homens são uma parcela populacional mais suscetível ao desenvolvimento de doenças quando comparado ao público feminino, aspecto notável principalmente pela baixa procura em serviços de saúde, o que por sua vez, contribui de maneira negativa tanto em ações de prevenção quanto de promoção da saúde. (VAZ *et al.*, 2018).

O objetivo geral deste artigo é demonstrar a relevância da atuação do enfermeiro no enfrentamento das principais dificuldades enfrentadas pelo público masculino na busca por atendimento em saúde. Sendo assim, busca-se o entendimento acerca do papel do profissional de Enfermagem na superação dos obstáculos enfrentados por homens que buscam por assistência por meio da adequada implementação das políticas públicas assistenciais.

Cabe destacar que a realização de acompanhamento contínuo de homens portadores de doenças crônicas, bem como de consultas individuais, palestras temáticas sobre interesses do público masculino e sua saúde são fundamentais, visando a ampliação do alcance das ações e políticas públicas voltadas para tal parcela populacional, objetivando assim a adaptação e o próprio aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Sendo assim, destaca-se que o enfermeiro possui papel

fundamental no atendimento ao homem, sendo indispensável ainda o seu contínuo aprimoramento profissional, objetivando o aumento dos índices de procura e atendimento na própria atenção básica, facilitando conseqüentemente a ampliação das atividades de prevenção e promoção da saúde do homem. (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Os objetivos específicos deste trabalho são compreender a importância do profissional de Enfermagem no processo de prevenção e promoção da saúde do homem e descrever as políticas públicas de atendimento ao homem que favorecem o enfrentamento das dificuldades encontradas na busca por assistência, visando o melhor entendimento e aprofundamento da proposta estabelecida no objetivo geral.

Para um adequado processo de prevenção e promoção da saúde do homem, a equipe de enfermagem deve ser capaz de atuar com base no respeito as diretrizes das principais políticas públicas de atendimento ao homem, visando suprir de maneira adequada suas principais necessidades e demandas. Além disso, deve ser capaz de implementar condutas programadas de acordo com estratégias já existentes, voltadas à promoção da saúde, prevenção de maiores agravos à saúde e ao enfrentamento dos obstáculos encontrados na busca por assistência, com base em ações pautadas por maior integralidade, resolutividade e eficácia. (KESSLER, 2017).

A compreensão adequada por parte do profissional de Enfermagem sobre a temática possibilita o desenvolvimento de um modelo de cuidado resolutivo ao público masculino. Nesse sentido, favorece a redução dos índices de mortalidade decorrentes de doenças exclusivas do homem, garantindo conseqüentemente a otimização e melhora da assistência ofertada, com base no entendimento do cenário assistencial e incentivo ao desenvolvimento de novas ações, estratégias e políticas assistenciais ao público masculino.

Ademais, o estudo em questão demonstra sua relevância uma vez que o entendimento do cenário contemporâneo acerca dos cuidados ao homem favorece o aprimoramento contínuo das atuais tecnologias e estratégias de atendimento ao público masculino. Logo, passa a ser possível notar a própria efetividade das políticas públicas assistenciais, adotando assim as medidas necessárias para melhoria dos cuidados ofertados, estimulando ainda aprimoramento do atual modelo assistencial visando elevar a eficiência aos protocolos de prevenção e promoção em saúde adotados.

Sendo assim, o entendimento acerca do papel de enfermeiros na implementação de políticas públicas favorece a construção de cuidados cada vez mais resolutivos e eficazes ao público masculino, trazendo a tal parcela populacional maior reconhecimento e efetividade em seu acolhimento, promovendo conseqüentemente o valor do profissional de enfermagem e beneficiando a própria sociedade. Logo, passa a ser possível otimizar cada vez mais as atuais práticas assistenciais, garantindo assim maior integralidade, resolutividade e satisfação com o atendimento recebido em instituições de saúde.

O presente artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com fundamento em artigos científicos, livros acadêmicos e obras publicadas em meio eletrônico. Além disso, a escolha das obras selecionadas busca aprofundar o entendimento da temática com base no ponto de vista de diferentes autores e pesquisadores, visando o aprofundamento teórico sobre a proposta realizada e o entendimento amplo acerca de seus principais aspectos.

Além disso, a pesquisa bibliográfica consiste na revisão de literatura com base em pesquisa qualitativa, por meio da seleção de artigos científicos publicados nas bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico, entre os anos de 2014 a 2019,

com seleção de dez obras relacionadas a temática com base nas seguintes palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Política Nacional de Saúde do Homem, Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, Saúde do Homem.

Como critérios de exclusão dos artigos científicos, foram selecionadas as obras em que pelo menos um dos autores possui formação acadêmica na área de saúde, com publicação de obras em revista acadêmica. Além disso, o presente estudo de revisão de literatura tem a previsão de seis meses, em que o primeiro e segundo mês foram aqueles nos quais houve o levantamento do referencial teórico; no terceiro e quarto mês realizou-se a revisão da literatura; no quinto e sexto mês foram desenvolvidos os elementos pré e pós-textuais que dão composição ao estudo.

Optou-se pela realização de pesquisa qualitativa com base em revisão de literatura, na qual os autores tratam os respectivos dados obtidos por meio da realização de pesquisa bibliográfica, com consideração aos aspectos mais relevantes encontrados por seus respectivos autores. Nesse sentido, buscou-se descrever os principais pontos da respectiva temática com base nas impressões, opiniões e pontos de vista de diferentes autores, garantindo maior aprofundamento nas questões do estudo.

A pesquisa qualitativa consiste no ideal de que existe um relacionamento único entre o mundo real e o sujeito da pesquisa que não pode ser traduzido em números exatos. Logo, a interpretação dos fenômenos e seus respectivos significados são básicos em tal tipo de estudo, uma vez que o ambiente natural é fonte direta de coleta de dados que foram interpretados e têm seus significados respectivamente atribuídos. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

O papel do enfermeiro na promoção da saúde do homem e a importância das políticas públicas de saúde

O desenvolvimento de ações de promoção de saúde surge no momento em que o meio social se apropria dos conhecimentos e informações voltadas a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Nesse sentido, destaca-se que a promoção da saúde pode ser compreendida como o conjunto de aspectos comportamentais e de características referentes ao estilo de vida de uma parcela populacional, envolvendo suas condições sociais, ambientais, assim como meios de vida e trabalho. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 2).

Nesse contexto, Kesller *et al.* (2018, p. 4) apontam que quanto maior é o número de indivíduos de uma comunidade social, menor é, proporcionalmente falando, o número de ações voltas ao atendimento da saúde do homem, seja para prevenção de uso e abuso de substâncias entorpecentes ou alcoolismo, seja para tratamento de doenças que atingem tal parcela populacional especificamente.

Ademais, ressalta-se ainda que a capacidade de oferta de atendimento adequado está diretamente relacionada com a quantidade de equipes de saúde capazes de ofertar atendimento voltado ao homem. Nesse cenário, entender as particularidades que envolvem a adequada oferta de assistência ao público masculino pode ser um fator essencial para melhoria dos atuais serviços prestados dentro das Unidades Básicas de Saúde e nos demais serviços de atendimento. (SILVA *et al.*, 2012, p. 6).

Dessa forma, Silva *et al.* (2012, p.6) destacam que isso se deve ao fato de que o atendimento em saúde na atenção básica tem sido voltado primariamente ao atendimento de saúde de outras parcelas da sociedade, como mulheres, crianças,

idosos, prejudicando de maneira significativa o desenvolvimento de ações voltadas ao público masculino.

Em contrapartida, embora os homens possam ser considerados como mais suscetíveis ao adoecimento, tais indivíduos registram uma menor busca por serviços de saúde em comparação às mulheres, por exemplo, aspecto que pode estar relacionado com o maior índice de mortalidade e a menor expectativa de sobrevivência dos homens quando comparados aos grupos, em nível estadual e nacional. (BRASIL, 2012, p. 6).

Um dos aspectos que mais contribui na maior mortalidade e baixa expectativa de homens em relação às mulheres consiste na dificuldade de tal grupo em reconhecer as próprias necessidades no que tange a sua saúde, por meio do cultivo do pensamento responsável por rejeitar a ideia de adoecimento, visando a perpetuação cultural de invulnerabilidade masculina, seu papel social provedor e de referência na família. (BRASIL, 2008, p. 562).

Diante do exposto, Santana *et al.* (2011, p. 124) ressaltam que o profissional de Enfermagem possui papel fundamental no que tange ao exercício de ações de ensino em saúde, visando sua promoção, realização de consultas e adoção de procedimentos técnicos. Além disso, aponta-se que a equipe de enfermagem deve promover o aprimoramento contínuo de seus membros, com base no estudo das atuais práticas e tecnologias constantemente, a fim de manter um elevado grau de qualidade e excelência nos serviços prestados ao cidadão sob assistência.

Todavia, cabe apontar que existem diversas outras necessidades que devem ser realizadas pelo enfermeiro como auxílio, tais como a melhora da autoestima do indivíduo, estabelecimento de independência para exercício de ações diárias, realização de autocuidado. Nesse contexto, o entendimento dos pontos fracos e fortes da equipe de enfermagem constitui aspecto fundamental para que seja possível promover a melhoria das ações de cuidado, com base na resolução de obstáculos e falhas apresentadas, assim como no estímulo a evolução contínua dos pontos fortes encontrados nos indivíduos, tanto em caráter individual quanto coletivo. (SANTANA *et al.*, 2011, p. 124).

Conforme já exposto anteriormente por Silva *et al.* (2012), a baixa adesão da população masculina na busca por serviços de saúde constitui uma realidade completamente contrária aos próprios princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, a integralidade. (BASILIO; ALBANO; NEVES, 2012, p. 123).

Nesse sentido, destaca-se que existem diversas suposições e explicações acerca da baixa procura por assistência, mas entre as possibilidades, observa-se o desafio em promover a integração do homem na atenção primária ao notar o número de campanhas e ações desenvolvidas para demais parcelas populacionais como mulheres, idosos e crianças, aspecto responsável por contribuir para menor ênfase na atenção primária ao homem. (BASILIO; ALBANO; NEVES, 2012, p. 123).

Sendo assim, Silva *et al.* (2012, p. 562) afirmam que a maneira como o Brasil organiza seu sistema de saúde demonstra que a atenção primária privilegia grupos da população vulneráveis, como idosos, crianças e mulheres, deixando pouco espaço para o homem. Diante disso, evidencia-se a diferenciação existente na sociedade contemporânea acerca da prioridade de tratamento de determinado grupo em prol de outro, sendo fundamental o reconhecimento de todos em aspecto integral e holístico, a fim da promoção de maior igualdade, respeito e reconhecimento social.

Diante disso, observa-se a falta de congruência em relação aos programas de prevenção e promoção de saúde existentes em relação aos usuários do sistema de saúde mencionados anteriormente. Dessa maneira, garantir que todas as parcelas

populacionais tenham acesso igualitário ao sistema de saúde, permitindo o adequado atendimento de suas necessidades e demandas conforme suas respectivas desigualdades pode contribuir de maneira positiva para o fortalecimento do SUS, bem como garantir maior reconhecimento e satisfação dos pacientes com a assistência recebida. (SILVA *et al.*, 2012, p. 562).

Por outro lado, Schraiber *et al.* (2010, p. 561) ressaltam que os homens, ao comparecerem aos serviços de saúde, comumente não têm suas demandas atendidas de maneira satisfatória, já que as ações programáticas desenvolvidas não buscam contemplá-los de maneira efetiva, aspecto responsável por dificultar ainda mais a sua busca por atendimento em saúde.

Nesse contexto, nota-se a conformação do acesso a saúde na atenção básica, tem sido historicamente estruturada para o atendimento de mulheres e crianças, com horários de atendimento que acabam sendo os mesmos das jornadas de trabalho dos trabalhadores masculinos. Nesse aspecto, observa-se maior dificuldade na busca por atendimento de tal parcela populacional, na medida em que ao não conseguir o atendimento ágil, opta-se por deixar a busca por assistência de lado. (SCHRAIBER *et al.*, 2010, p. 562).

Para Kessler *et al.* (2018, p. 5), ao considerar os estilos de vida que comumente dão início ao desenvolvimento de enfermidades crônicas, nota-se a importância de ações de promoção em saúde, visando o estímulo a adoção de hábitos saudáveis de vida, tais como melhor alimentação, prática contínua de exercícios físicos, assim como outras voltadas a melhora das funções corporais.

Nessa perspectiva, visando evitar a incidência de doenças crônicas dos homens, como o câncer de próstata, por exemplo, o enfermeiro possui papel indispensável no desenvolvimento orientações acerca dos respectivos meios de prevenção e cuidado, visando a prática de ações preventivas de tal tipo de enfermidade. (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012, p. 728).

Ainda conforme as ideias anteriormente expostas, Nogueira *et al.* (2019, p. 730), no que tange ao papel do profissional enfermeiro, destacam a importância da sua atuação na atenção primária, com base no estrito seguimento de políticas públicas adequadamente estabelecidas e implementadas com fundamentação em protocolos de cuidados adequados para prevenção e tratamento do câncer.

Desse modo, torna-se fundamental refletir acerca das dificuldades e barreiras enfrentadas pelo homem na busca por atendimento e no enfrentamento de suas respectivas enfermidades. Nesse sentido, o profissional de enfermagem possui o papel de promover uma atuação pautada pelo atendimento das necessidades e demandas do homem de maneira satisfatória, visando promover cada vez mais a busca contínua por tal público pela assistência primária quando houver necessidade em saúde. (SILVA, 2009, p. 562).

Com isso, Leal, Figueiredo e Silva (2012, p. 2612) afirmam que o desenvolvimento do sentimento de sensibilização e empatia por parte de tais profissionais no que se refere à saúde do homem é fundamental. Logo, ainda que não exista a estruturação adequada das atividades a serem executadas, visando a prática de melhor ações de acolhimento e o acesso aos serviços de saúde por parte dos homens.

Sendo assim, o conhecimento e a capacidade de implementação de políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades e demandas dos homens, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), é fundamental, uma vez que é comum notar em instituições de saúde a ausência de planejamento e

de orientação acerca do modo como as ações de prevenção e promoção de saúde devem ser executadas. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2612).

De acordo com Siqueira *et al.* (2014, p. 54), é justamente com o intuito de minimizar as fragilidades do sistema de saúde contemporâneo que a PNAISH surge, visando promover maior qualificação da assistência à saúde do homem, garantindo que o cuidado seja exercido de maneira resolutiva, segura e humana, garantindo de maneira efetiva não apenas a prevenção de enfermidades, mas também a promoção da saúde e tratamento adequado de comorbidades que afetam o público masculino.

Um dos principais pontos que ressalta a importância do melhor atendimento em enfermagem ao homem reside no fato de que tal público é mais suscetível ao desenvolvimento de determinadas enfermidades em comparação as mulheres. Sendo assim, a oferta de assistência especializada as suas necessidades e demandas, bem como capaz de atender suas expectativas quando ocorre a busca por atendimento nos serviços de saúde, seja em urgência e emergência, ou ainda na atenção primária visando a prevenção, constitui fator importante visando a preservação e promoção da saúde masculina. (SIQUEIRA *et al.*, 2014, p. 123).

Ainda conforme Siqueira *et al.* (2014, p. 123), tal fator, junto com a baixa procura por assistência já evidenciada por autores anteriores, contribui de maneira negativa para o processo de promoção e prevenção em saúde, ao considerar que a cultura masculina da invulnerabilidade e referência familiar associada a ausência de busca assistencial constitui um dos principais obstáculos na oferta de atendimento resolutivo e eficiente.

Diante de todos os fatos apresentados até o momento, o Ministério da Saúde promoveu a criação da PNAISH, com o objetivo de promover a assistência adequada ao homem, desde o entendimento de suas necessidades e demandas, até mesmo aos meios de cuidado que devem ser implementados, visando a preservação de sua saúde desde a atenção primária. Além disso, a política tem como intuito promover maior igualdade na oferta de atendimento ao público, ao reconhecer que o homem historicamente não tem sido tratado de maneira devida no que tange ao desenvolvimento de ações em saúde voltadas ao atendimento de suas necessidades. (SILVA *et al.*, 2012, p. 123).

Dessa maneira, Silva *et al.* (2012, p. 123) apontam que a realização de ações não voltadas apenas ao tratamento de doenças diversas, mas também na oferta de ações de prevenção em saúde, visando garantir maior segurança e integralidade ao homem na sociedade, é fundamental para o bom exercício profissional.

Conforme os aspectos apresentados, destaca-se que os princípios e diretrizes da política foram publicados ainda em 2008, sendo esta oficialmente criada em 2009, por meio de publicação em Portaria Ministerial. Além disso, a sua criação constituiu uma importante inovação, na medida em que o público masculino, historicamente, não havia sido singularizado até então por meio de intervenções realizadas pelo Estado no que tange à saúde. (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p.667).

Sendo assim, Leal, Figueiredo e Silva (2012, p.2608) afirmam que sua implementação envolveu a tomada de decisão de uma diversificada gama de agentes públicos, desde os formuladores até os responsáveis pela efetiva implementação, tais como gestor de saúde, equipe técnica e profissionais responsáveis pela atuação direta no serviço de assistência ao homem.

Por outro lado, cabe apontar que a promoção do autocuidado constitui um conceito que busca ser implementado por profissionais enfermeiros ainda antes da criação da PNAISH. Além disso, a falta de entendimento acerca dos objetivos do respectivo plano nacional, assim como dos meios de sua implementação, contribui de

maneira ainda mais significativa para a baixa procura de homens por atendimento na atenção primária. (FONTES *et al.*, 2011, p. 123).

Portanto, cabe destacar que a PNAISH foi desenvolvida visando o direcionamento das ações de saúde ao homem, com o intuito de promover a sensibilização de tal público a importância do autocuidado com o intuito de diminuir os índices de morbimortalidade de doenças. Ainda, um dos principais pontos que pode ter dificultado a implementação adequada do plano em âmbito nacional foi a ausência de amplo debate social. (BRASIL, 2009, p. 3).

Segundo estudos de Mozer e Corrêa (2014, p. 579), O Ministério da Saúde (MS) criou a PNAISH no ano de 2009, visando desenvolver ações pautadas pela humanização e resolutividade no atendimento ao público masculino, além de promover a capacitação de profissionais da área de saúde para o adequado atendimento das necessidades e demandas dos homens, com base no estabelecimento de planos de promoção de igualdade para diferentes grupos sociais. Inicialmente, foram selecionados vinte e seis municípios com alto índice de morbimortalidade masculina, visando iniciar o processo de implementação da política de maneira adequada.

Conforme a temática, ressalta-se ainda que a PNAISH surge em consonância com as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído ainda pela Constituição Federal de 1988 como fruto da luta pela reforma sanitária, assim como em reação da redemocratização do país (SCHWARZ *et al.*, 2012, p. 113). Dessa maneira, ressalta-se que seu texto legal possui fundamentação em princípios como equidade, universalidade, integralidade, intersetorialidade e humanização (SCHWARZ *et al.*, 2012, p. 113).

Além disso, Mozer e Corrêa (2014, p. 579) destacam que a PNAISH estabelece que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) venha a ser implementada visando a concretização da política voltada ao homem, ressaltando ainda sua relevância ao considerar questões de gênero para sua efetiva implementação, destacando ainda que o comportamento do homem hegemônico é responsável por uma baixa procura desse público a assistência em saúde, em especial, na atenção básica.

Dessa forma, os meios de implementação e implantação da política exige de gestores e profissionais de saúde a tomada de decisões responsável e comportamento diferenciado, com base em questões de gênero e no respeito as desigualdades sociais para realização de ações de planejamento e execução das estratégias desenvolvidas para o atendimento da população masculina. (MOZER; CORRÊA, 2014, p. 579).

Para Silva (2009, p. 562), ainda que a criação da PNAISH possa ser compreendida como um importante passo no que tange a melhoria do atendimento ao público masculino, a falha na sua implementação adequada reforça a pouca percepção nas mudanças efetivas no SUS. Dessa maneira, deve-se entender que a mera existência de uma política voltada ao público masculino não é suficiente para suprir todas as necessidades e demandas desse grupo, sendo de fundamental importância o estímulo ao aprimoramento e à capacitação continuada por parte de todos os profissionais da área de saúde, a fim de que sejam capazes de conhecer profundamente a política nacional e sejam habilitados a sua efetiva implementação nas diferentes camadas sociais, garantindo que o direito à saúde seja alcançado e garantido a um número cada vez maior de indivíduos.

Nesse sentido, reforça-se que profissionais da área de saúde sejam capazes de incorporar de maneira qualificada e direcionada a política nacional em sua atuação cotidiana, visando tornar a assistência primária ao homem mais eficiente e resolutiva,

garantindo assim a redução de obstáculos e complicações decorrentes do adoecimento do público masculino. Logo, observa-se que apenas por meio do estímulo ao aprimoramento contínuo e efetiva implementação de estratégias e ações desenvolvidas em nível nacional, se tornará possível garantir o efetivo acesso à saúde, solucionando problemas diversos e garantindo melhores resultados por meio de processos de prevenção e promoção de saúde. (SILVA, 2009, p. 562).

Contudo, outras importantes políticas de saúde ao público masculino também foram desenvolvidas ao longo dos anos, tais como a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, responsável pelo desenvolvimento de ações de enfrentamento a doença, tais como de promoção a saúde. Nesse contexto, o enfermeiro possui papel de extrema importância, na medida em que constitui o principal responsável pela realização de estratégias e atividades de ampliação do modo de vida saudável e com maior qualidade de vida à população. (BRASIL, 2011, p. 728).

Ademais, tais indivíduos também atuam diretamente no acompanhamento de pacientes que precisam de cuidados paliativos e reabilitação, ofertando ações assistenciais de maneira oportuna, possibilitando a continuidade do cuidado integral no âmbito da assistência primária. (BRASIL, 2011, p. 728).

Dessa maneira, o Ministério da Saúde aponta que o monitoramento dos aspectos de risco do câncer é fundamental para o planejamento de ações de prevenção da doença, redução de danos e proteção da vida. Assim como em qualquer outra doença, reconhecer os principais fatores de risco, bem como a importância do desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento voltadas especificamente para a enfermidade pode ser o diferencial na preservação da saúde humana e consequentemente da qualidade de vida do público masculino. (BRASIL, 2011, p. 728).

Sendo assim, a prática de estratégias de comunicação entre profissionais de saúde e o público alvo constitui aspecto relevante para disseminação de conhecimentos e informações acerca da doença, potenciais fatores de risco, assim como meios de prevenção e tratamento, visando a conscientização pública sobre o autocuidado e a busca por assistência imediata. (BRASIL, 2011, p. 728).

Nesse sentido, nota-se a relevância do profissional de enfermagem na construção do elo entre aquilo que é estabelecido pelo Ministério da Saúde e a necessidade do público, visando a redução da morbimortalidade associada ao câncer e reduzindo de maneira significativa as implicações no serviço assistencial, como a maior demanda em áreas secundárias e terciárias das instituições de saúde. (BRASIL, 2011, p. 729).

Logo, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer destaca a importância da qualificação técnica e profissional dos atuantes na área de saúde, visando a prevenção de doenças e a melhora do cuidado ofertado aos pacientes com câncer. Desse modo, reconhecer o papel do profissional enfermeiro na prestação de assistência ao paciente que pode desenvolver câncer é indispensável, sendo de suma importância o estímulo à capacitação e ao aprimoramento continuado, a fim de elevar a qualidade dos serviços ofertados nas unidades de saúde. (BRASIL, 2011, p. 729).

Em outro contexto, Gomes (2005, p. 579) destaca que o homem, em relação ao acesso à saúde, centra-se na cultura de gênero, além de políticas sociais que visam estabelecer maior equidade no tratamento entre diferentes grupos. Sendo assim, entender as diferenças históricas existentes e buscar estabelecer um parâmetro de igualdade entre diferentes grupos e gêneros pode constituir em uma

importante medida a ser implementada, visando o melhor atendimento de diferentes indivíduos dentro de uma mesma sociedade.

Além disso, estudos demonstram que a articulação executada pelo Ministério da Saúde visando a promoção da saúde do homem com base na efetiva implementação da PNAISH é fundamental, sendo indispensável que sejam concretizadas alianças em níveis regionais e locais, a fim de permitir o atendimento adequado do público masculino, assim como promover a importância da busca por assistência em saúde. (MOZER; CORRÊA, 2014, p. 584).

Por sua vez, Schwarz *et al.* (2012, p. 144) afirmam que um outro desdobramento da PNAISH que permitiu sua operacionalização por meio de gestores em nível estadual e municipal foi o Plano de Ação Nacional (PAN), responsável pelo desenvolvimento de ações e estratégias a serem ofertadas ao público masculino, especificando eixos, métodos de implementação da PNAISH e formas de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, as ações de implementação da PNAISH devem ser realizadas com base em desenvolvimento de estratégias que aumentem a demanda do público masculino aos serviços de saúde, promovendo conseqüentemente maior comunicação e informação, garantindo assim a sensibilização de homens e suas respectivas famílias acerca da importância do autocuidado, prática de hábitos saudáveis e preservação da própria saúde. (SCHWARZ *et al.*, 2012, p. 114)

Desse modo, Siqueira *et al.* (2014, p. 54) apontam que ao considerar todos os aspectos, observa-se que a PNAISH constitui um importante avanço no tratamento das demandas do público masculino, sendo precursora em uma mudança no modo de tratamento dos homens nos serviços de saúde. Nesse sentido, o reconhecimento da relevância da política deve ser utilizado como gatilho para desenvolvimento de outras ações que possam beneficiar de maneira efetiva o público masculino, garantindo mais saúde e qualidade de vida para essa parcela populacional.

Todavia, observa-se ainda a importância do investimento na divulgação e disseminação da respectiva política para profissionais da área de saúde e para toda a população, tendo em vista que o maior desafio das atuais políticas não consiste apenas em inserir os homens como uma prioridade, mas também ressaltar a importância da promoção do cuidado e da inexistência de aspectos como invulnerabilidade, permitindo que a população masculina usufrua de maior qualidade de vida. (SIQUEIRA *et al.*, 2014, p. 54).

Sendo assim, Silva (2010, p. 49) destaca que a saúde masculina deve ser tratada como uma temática a ser abordada e debatida de maneira mais satisfatória, visando ratificar a vulnerabilidade masculina ao acometimento de doenças diversas, assim como outros grupos sociais, garantindo ainda que tenham o adequado acesso aos serviços de saúde quando buscarem pelo atendimento de suas necessidades básicas e primárias.

Nesse contexto, a reduzida presença masculina nos serviços de atenção básica e os principais indicadores epidemiológicos demonstram a necessidade de adequação das atuais políticas de atendimento à realidade masculina, visando sua inclusão na ESF para promover um avanço no atendimento e na preservação da saúde do homem. (SIQUEIRA *et al.*, 2014, p. 49).

De acordo com Figueiredo (2005, p. 49), ao observar a vulnerabilidade e altos índices de morbimortalidade masculina decorrente de doenças diversas, destaca-se fundamentalmente a baixa procura por assistência quando em comparação com outros grupos sociais como as mulheres, em relação a atenção primária em saúde. Sendo assim, destaca-se mais uma vez a relevância da sensibilização social e

masculina acerca da necessidade de busca por atendimento em saúde sempre que necessário.

Diante disso, cabe destacar que a demanda por atendimento do público masculino ainda é bastante precária, sendo importante a mobilização da população na desconstrução do ideal de invulnerabilidade masculina, responsável por impedir que o homem busque pelos serviços de saúde para prevenção e tratamento. (SIQUEIRA *et al.*, 2014, p. 54).

Em paralelo, Sauthier e Gomes (2014, p. 3) ressaltam que o desenvolvimento de ações voltadas ao público masculino teve início com os debates sobre as concepções de gênero. Nesse sentido, os ideais observados permitiram moldar a sociedade contemporânea e os próprios hábitos aplicados por tal parcela populacional, sendo de fundamental importância o estudo das questões de gênero para melhor compreensão dos comportamentos responsáveis pela distinção e pelo trabalho na resolução de obstáculos e problemas.

Portanto, ao observar a elevada morbimortalidade masculina, ressalta-se a existência das falhas no processo de atenção primária que não acolhe adequadamente tais indivíduos. Sendo assim, ao reconhecer tais falhas, permite-se aprimorar e elaborar as atuais práticas de cuidado voltadas ao homem, a fim de garantir a redução da mortalidade masculina e a preservação e promoção de sua saúde de maneira efetiva e resolutiva. (FIGUEIREDO, 2005, p. 9).

Para Teixeira e Cruz (2016, p. 10), é fundamental que os homens entendam que o processo de adoecimento está relacionado não apenas com a presença de sinais e sintomas, mas com a ausência de um adequado processo de autocuidado e prevenção. Sendo assim, os autores destacam ainda a importância do reconhecimento da necessidade de implementação urgente das políticas de saúde voltadas ao público masculino visando o melhor tratamento de tal parcela populacional por parte de profissionais da área de saúde.

Com isso, o desenvolvimento de pesquisas e estudos relacionados a saúde do homem ganham cada vez mais destaque. Além disso, em meio ao cenário nacional, em especial, observa-se os altos índices de morbimortalidade que afetam o grupo masculino, bem como a sua baixa procura por assistência na atenção primária, evidenciando ainda mais a importância da implementação das atuais políticas existentes, bem como o seu aprimoramento e desenvolvimento de novas ações e estratégias em saúde, a fim de estimular a promoção da saúde masculina. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 216).

Em estudos publicados por Mendonça e Andrade (2010, p. 216), constata-se tal aspecto, principalmente, pelas atuais metodologias de atendimento e dificuldades encontradas na busca por assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis por fortalecer ainda mais o distanciamento do homem pela busca por assistência em saúde.

Desse modo, é preciso observar com atenção os principais fatores responsáveis pelo aumento dos índices de mortalidade masculina que podem vir a ser minimizados ou controlados por meio da reformulação de metodologias e estratégias de atendimento, assim como práticas e procedimentos adotados no âmbito das próprias UBS. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 217).

Ademais, Gomes (2003, p. 216) afirma que a promoção da inclusão participativa do público masculino constitui aspecto fundamental para estabelecimento de maior qualidade de vida ao homem, permitindo que profissionais da área de saúde entendam adequadamente suas respectivas singularidades e sejam capazes de ofertar atendimento digno e adequado as necessidades masculinas.

Em suma, a adequada implementação da PNAISH, visando a melhoria do atendimento em saúde ao homem, tem o potencial de promover maiores melhorias na oferta de assistência em saúde para tal parcela populacional, garantindo a maior procura dos homens por atendimento, assim como a sensibilização social acerca da importância da busca por assistência visando não apenas o tratamento de enfermidades, mas também a prevenção e melhoria de qualidade de vida em geral. (MENDONÇA; ANDRADE, 2010, p. 225).

Diante do exposto, Kimmel (1998, p. 211) destaca ainda que o ideal de masculinidade seja naturalmente transmutado com o decorrer dos anos, conforme os respectivos contextos históricos e sociais de cada localidade, torna-se possível promover a adequada conscientização social para a melhoria do atendimento em saúde de maneira geral, com base no combate a questões como sexismo e homofobia.

Considerações Finais

Este artigo analisou o papel do enfermeiro na promoção da saúde do homem, além da relevância das políticas públicas de saúde implementadas para essa finalidade. Nesse sentido, observou-se que o profissional de enfermagem tem papel fundamental na construção dos cuidados ofertados ao homem, uma vez que as ações desenvolvidas durante a oferta de assistência garantem maior integralidade, resolutividade e humanização no atendimento, promovendo ainda a redução dos índices de mortalidade associados a doenças diversas que acometem o público masculino.

Desse modo, o problema investigado no presente estudo foi o modo como o enfermeiro é capaz de promover a saúde do homem por meio da utilização das políticas públicas assistenciais em instituições de saúde. Foi adotado ainda como hipótese a ideia de que o profissional de enfermagem é indispensável na aplicação das políticas públicas que garantem a oferta de atendimento resolutivo ao homem. Sendo assim, tal hipótese foi confirmada uma vez que constatou-se que o profissional de enfermagem constitui um dos principais indivíduos responsáveis pela oferta de assistência ao público masculino, bem como em relação à implementação das políticas públicas assistenciais voltadas para o homem.

Dessa maneira, o objetivo geral desse estudo demonstrou a importância do profissional de enfermagem no combate as principais barreiras existentes na oferta de assistência ao homem. Com os objetivos específicos foi possível compreender a relevância do enfermeiro na prevenção e promoção da saúde do público masculino, assim como descrever as principais políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades e demandas em saúde do homem.

Além disso, o estudo foi importante para o profissional de enfermagem ao permitir o entendimento do cenário assistencial ofertado ao homem e garantir a redução dos índices de mortalidade de doenças diversas. Nesse contexto, foi relevante para a ciência, pois estimula que metodologias de cuidado possam ser constantemente revisadas e melhoradas, a fim de elevar a qualidade da assistência. E, por fim, agregou a sociedade por evidenciar a importância dos profissionais de enfermagem na implementação de políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades em saúde do homem, garantindo mais integralidade, resolutividade e humanização no atendimento.

Diante do exposto, foi possível concluir que o enfermeiro possui um papel de extrema relevância na implementação das políticas públicas de saúde voltadas ao homem, além de impactar positivamente a própria qualidade da assistência ofertada para tais indivíduos. Logo, destacou-se a relevância do aprimoramento contínuo de tais profissionais, visando a construção e evolução das atuais metodologias assistenciais utilizadas, a fim de ofertar de maneira cada vez mais resolutiva os cuidados que o homem necessita para que tenha acesso a serviços de saúde de qualidade.

Por fim, seria interessante o desenvolvimento de novas pesquisas dentro da respectiva temática, visando um entendimento aprofundado acerca do atual cenário assistencial voltado ao público masculino, bem como o incentivo a capacitação continuada de profissionais enfermeiros. Além disso, a realização de novos estudos favorece que as políticas públicas assistenciais voltadas ao público masculino também possam ser constantemente revisadas e reorganizadas, a fim de atender quaisquer necessidades de atendimento em saúde que venham a ser apresentadas pelo público masculino, estimulando por consequência a construção de um modelo assistencial mais efetivo e resolutivo.

Referências

BASÍLIO, M. C.; ALBANO, B. R.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Integ – Ipatinga**, MG; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília. 2ed., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos** [Internet]. Brasília. 1 ed. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. **Brasília**, 3 ed. 2011. p. 284.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. [on-line]. Brasília. 1ed., 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/portarias>.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, J. S. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2012.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Revista Physis**, v. 19. n. 3, 2009.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Rev Panam de Salud Publica**, v. 42, n. 119, 2018.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005.

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

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, 2003.

GOMES, R.; LIMA, B.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. O homem com foco da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, 2005.

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

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

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

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

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

KESSLER, M. *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Epidemiologia, Serviços e Saúde**, v. 27, n. 2, 2017.

KIMMEL, M.S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. **Horiz Antropologia**, v. 4, n. 9, 1998.

LEAL A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, 2012.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Revista Psicologia Política**, v. 10, n. 20, 2010.

MOZER, I. T.; CORRÊA, A. C. P. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital brasileira. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, 2014.

NOGUEIRA, Iara Sescon; PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; PAIANO, Marcelle; SALCI, Maria Aparecida. Atuação do

enfermeiro na atenção primária à saúde na temática do câncer: do real ao ideal. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp., 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo/RS: FEEVALE, 2013.

SANTANA, E.M.; LIMA, E.M.M.; BULHÕES, J.L.F.; MONTEIRO, E.M.L.; AQUINO, J.M. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.** v. 8, n. 3, 2011.

SAUTHIER, M.; GOMES, M. L. B. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, 2014.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 5, 2010.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C.; CARVALHO, S. A.; SILVA, S. F. C. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. esp, 2012.

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. S.; GUILHON, A. B.; SOUZA, N.V. D. O.; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, 2012.

SILVA, P. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, 2012.

SILVA, S.O. **Cuidado na perspectiva de homens**: um olhar da enfermagem. [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2010. 97 p.

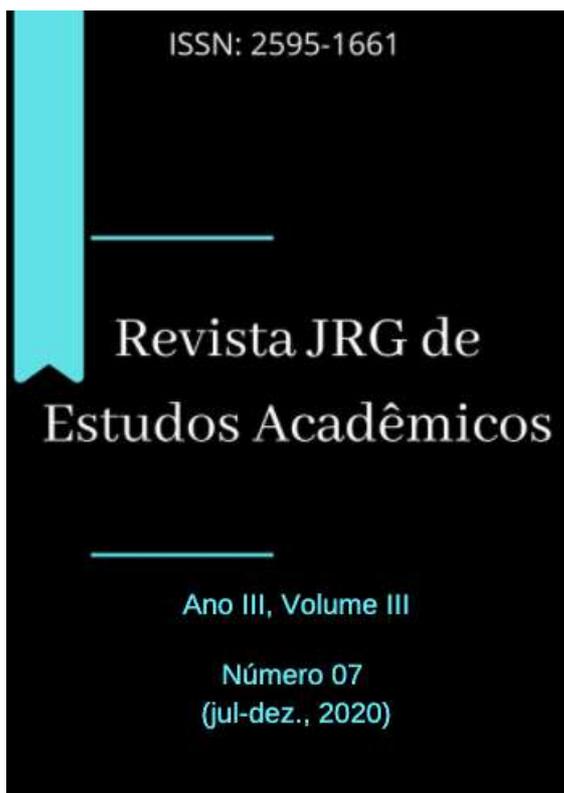
SILVA, V.L.Q. **Sexualidade masculina e saúde do homem na estratégia de saúde da família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

SIQUEIRA, B. P. J.; TEXEIRA, J.R.B.; VALENÇA NETO, P. F.; BOERY, E. M.; BOERY, R. N. S.; VILELA, A.B.A. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, 2014.

SIQUEIRA, E. L.; OLIVEIRA, G. R.; MENDES, J. D.; XIMENES, J. M.; MORAES, K. M. Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista SANARE**, v. 13, n. 1, 2014.

TEIXEIRA, D. B.S.; CRUZ, S. P. S. L. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2016.

VAZ, C.A.M.; SOUZA, G. B.; MORAES FILHO, I.M.; SANTOS, O.P.; CAVALCANTE, M. M. F. P. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. **Revista de Iniciação Científica e Extensão – REIcEn**, v. 1, n. 2, 2018.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **18/10/2020**

Data de reformulação: **22/10/2020**

Data do aceite: **03/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4244859>

Publicado: **2020-11-04**

**A ENFERMAGEM EMPREGANDO A GAMIFICAÇÃO PARA A ADESÃO À
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, NO COMBATE AO COVID- 19**

*NURSING EMPLOYING GAMIFICATION FOR ADHESION TO HAND
HYGIENIZATION, IN THE FIGHT AGAINST COVID- 19*

*Mariana Marques Nonato Ferreira¹
Marco Aurélio Ninômia Passos²*

RESUMO

Objetivo: Analisar o uso da gamificação como estratégia para melhoria no aumento da higienização das mãos pelos profissionais da saúde, frente à pandemia de COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da bibliografia, no período de 2010 a 2020. Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em banco de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). **Resultados:** Os artigos selecionados destacam a importância da promoção da higiene das mãos como medida na prevenção e controle das infecções

¹ Possui graduação em Relações Internacionais pela Universidade Católica de Brasília (2011), com MBA em comércio exterior. E atualmente está se graduando em Enfermagem pela UNIP Brasília.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Professor Titular da Universidade Paulista (UNIP-DF) e do Centro Universitário ICESP. Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Genética, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica

relacionadas à assistência à saúde, além dos desafios na implementação de medidas para manter o comportamento de higienização das mãos pelos profissionais de saúde por tempo prolongado, trazendo a gamificação como um elemento para impulsionar o ato de higienizar as mãos de forma lúdica e divertida. No presente trabalho temos como panorama a atual situação mundial pandêmica, com o covid-19, que traz como medidas para o combate, a higienização das mãos, não só dos profissionais de saúde como de toda a população, demonstrando sua extrema importância para o presente tema. **Conclusão:** Conclui-se que a pandemia trouxe um novo olhar para a prática de Higienização das mãos, tornando mecanismos como a gamificação mais presentes para maior adesão e conscientização dos profissionais de saúde e da população em geral.

Palavras-chave: Enfermagem. Gamificação. Higienização das mãos. COVID-19.

ABSTRACT

Objective: Analyze the use of gamification as a strategy for improving the increase in hand hygiene by health professionals, in the face of the COVID-19 pandemic. **Methodology:** This is an integrative review study of the bibliography, from 2010 to 2020. Data was collected through research carried out in electronic databases of the Virtual Health Library (VHL - BIREME) and Scientific Electronic Library Online (Scielo). **Results:** The selected articles highlight the importance of promoting hand hygiene as a measure in the prevention and control of healthcare-related infections, in addition to the challenges of implementing measures to maintain hand hygiene behavior by health professionals for a long time, bringing gamification as an element to boost the act of hand hygiene in a playful and fun way. In the present work we have as a panorama the current global pandemic situation, with the covid-19, which brings as measures to fight, hand hygiene, not only of health professionals but of the entire population, demonstrating its extreme importance for this theme. **Conclusion:** It is concluded that the pandemic brought a new look to the practice of hand hygiene, making mechanisms such as gamification more present for greater adherence and awareness of health professionals and the population in general.

Keywords: Nursing. Gamification. Hand Hygiene. COVID-19.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história existiram inúmeras razões para o surgimento e desenvolvimento de antissépticos, como medida para evitar o aparecimento e/ou disseminação de infecções hospitalares. As mãos são os ‘instrumentos’ que mais abrigam microrganismos e os transferem de uma superfície a outra.^{1,2}

Com isso, a adoção de medidas como a Higienização das Mãos (HM) com água e sabão líquido ou pelo uso do álcool a 70%, é a medida individual mais eficaz, mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções, como apontado por vários estudos ao longo dos anos. Após um século e meio, ainda com grandes avanços tecnológicos e científicos, a higienização das mãos, apesar de um ato simples e altamente eficaz na prevenção das infecções, continua ainda sendo pouco praticado pelos profissionais da área de saúde.³

O início de 2020 foi marcado por um surto de uma misteriosa infecção pulmonar causada por uma variação do Corona vírus (COVID – 19), com o primeiro caso confirmado em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China. O aumento dos casos logo transformou um surto em pandemia, e em meados de março 2020, a OMS declarou estado de emergência em saúde pública de interesse internacional, instituindo as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas.^{4,5}

Dentre as medidas adotadas incluíam a higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel – 70%, nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível. A transmissão do COVID-19 de pessoa para pessoa, ocorre por meio da auto inoculação do vírus em membranas mucosas (nariz, olhos ou boca) e do contato com superfícies inanimadas contaminadas, o que remonta cada vez mais atenção para a necessidade de adoção rápida e preventiva de medidas de proteção humana a fim de impedir a contaminação de pessoas.^{5,6}

Entretanto, a complicação que envolve a adesão a essa medida é grande, podendo muitas vezes estar relacionada a fatores como o comportamento humano, incluindo falsas percepções de um risco invisível, subestimação da responsabilidade individual, falta de conhecimento, ou até mesmo esquecimento, atitudes que podem intervir na adesão às medidas de prevenção. Além das dificuldades citadas, algumas barreiras ainda fazem parte das realidades institucionais, como a falta de pias e de insumos como água e sabão, bem como em comunidades sem suprimento de água e esgoto de forma regular.^{4,5,6}

Para que o ato de higienizar as mãos não seja meramente uma obrigação, ou um procedimento que numa escala merece menos atenção e tempo, do que as outras atividades desempenhadas nas instituições de saúde, a alternativa é transformá-la em uma ação divertida e habitual, que pode salvar vidas e evitar o alto contágio de infecções, visto que no cenário atual temos profissionais de saúde trabalhando longas jornadas, próximos à exaustão. Hoje já existem ferramentas que ajudam nesse processo, como a Gamificação, que tem sido cada vez mais utilizado como medida alternativa, no que se refere a encorajar pessoas a adotarem determinados comportamentos, e a tornar mais agradáveis tarefas ou procedimentos considerados tediosos e repetitivos, utilizando elementos e técnicas de jogos em contextos de não-jogos, criando desafios e recompensas pertinentes ao contexto, e aumentando a motivação da equipe, como no tratamento de COVID-19.^{7,8}

Diante desse cenário surgiu como pergunta norteadora: "Como o uso de técnicas como a Gamificação contribuem para uma melhor adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde, para o combate às infecções relacionadas à saúde, como o caso do COVID-19?" "E por que ainda há resistência por parte dos profissionais de saúde?"

Os profissionais de saúde nesse âmbito, não aderem à correta técnica de higienização das mãos, pela alta carga de trabalho, fazendo com que realizem a técnica de forma incompleta ou não a realizem por esquecimento, falta de tempo hábil, falta de insumos necessários, e lesões ocasionadas. Com isso a gamificação entra como elemento impulsionador para otimizar a realização da higienização das mãos, fazendo com que os profissionais de saúde mesmo em situações extremas, sintam-se motivados e se 'divirtam' fazendo uma ação rotineira, porém extremamente necessária.^{9,10,11}

Nessa linha de gamificação externa é a que este estudo se justifica, onde o foco é nas relações interpessoais, para encorajar as pessoas a fazerem escolhas melhores estimulando comportamentos específicos para a formação de novos hábitos, como um complemento às campanhas feitas frequentemente para melhorar a adesão à higienização das mãos.^{10,11,12}

Portanto o objetivo do trabalho foi analisar o uso da gamificação como estratégia para melhoria da adesão da higienização das mãos pelos profissionais da saúde e população no combate ao COVID-19, por meio de estudo de revisão integrativa da bibliografia, no período de 2010 a 2020.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, que utilizou revisão integrativa da literatura. Esta se caracteriza pela busca de informações na literatura sobre determinado tema, utilizando métodos sistematizados e explícitos de pesquisa, síntese e análise crítica, fornecendo uma compreensão abrangente de determinado objeto de estudo.^{13,14}

O levantamento bibliográfico foi realizado através da base de dados *Scielo* (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME), utilizando os descritores: “higiene das mãos”; “enfermagem”; “gamificação”, “covid-19”.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos científicos foram: pertencer à língua portuguesa, inglesa e espanhola, disponibilização de texto completo e publicado nos últimos 10 anos (2010-2020). Também foram utilizados livros didáticos, dissertação de mestrado, tese de doutorado, manuais e diretrizes disponíveis do acervo do próprio autor contendo a temática.

Como critérios de exclusão, estão artigos publicados em anos anteriores a 2010, que não apresentaram relação com o tema proposto e a pergunta norteadora.

Com os parâmetros utilizados, foram encontrados 91 artigos no banco de dados da Bireme, 15 artigos no banco de dados da Lilacs e 32 artigos no banco de dados da Scielo, totalizando 138 artigos. Dessa forma foram encontrados 40 artigos que cumpriam com os critérios de inclusão, e foram obtidos e analisados na íntegra. Após a leitura criteriosa, apenas 20 artigos, atenderam rigorosamente aos critérios de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para elaboração das discussões desta pesquisa foram analisadas 20 produções científicas que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente.

Com o intuito de aperfeiçoar o entendimento do leitor as discussões acerca da literatura pesquisada foram sistematizadas em 03 (três) eixos do saber a seguir:

Higienização das mãos e prevenção à infecção relacionada à assistência à saúde;

No primeiro eixo aborda-se a importância da HM, como deve ser desempenhada pelos profissionais de saúde, e os cinco momentos preconizados pela ANVISA. Os estudos apresentados foram realizados em uma Central de

materiais esterilizados-CME, em uma instituição de ensino superior, e em uma unidade de terapia intensiva neonatal. E mesmo em áreas variadas, os estudos abordam a baixa adesão à técnica e a divergência entre a teoria e a prática.^{15, 16}

É interessante perceber por meio dos estudos abordados, que mesmo com manuais, campanhas anuais e aperfeiçoamento contínuo, ainda assim os índices de Infecções Relacionadas à Assistência da Saúde – IRAS, continuam altos e o tema continua a ser abordado com grande destaque¹⁷.

Nota-se que o principal objeto de estudo é o profissional (ser humano), seus hábitos, crenças, valores e costumes. Pois faz-se necessário profissionais empenhados no processo saúde-doença e na promoção de estratégias de controle das infecções hospitalares. Assim como há a necessidade de repensar estratégias que repercutam na mudança de comportamento dos profissionais.¹⁸

As barreiras mais vistas frente à HM foram principalmente a sobrecarga de trabalho, falta de motivação, falta de recursos materiais, falta de pias perto dos leitos, irresponsabilidade e falta de conscientização da equipe multiprofissional. Outro ponto está nas etapas da técnica, pois mesmo aqueles que fazem a HM mostram resistência em algumas etapas, que manifestam como os profissionais têm colocado a sua proteção em detrimento da proteção do paciente, assim como a realização da técnica em tempo menor que o preconizado.^{19,20}

Com isso os estudos convergem em alguns pontos, ressaltando a necessidade de uniformidade de condutas e rotinas na realização da HM, mesmo que as estratégias sejam implementadas continuamente o avanço continua baixo, sendo necessária uma mudança do olhar da ação que é esperada – HM, para o autor da ação. Assim como a questão da educação que se fez presente em todos os estudos, no que diz respeito à adesão ser algo que se inicia na graduação, pois como apontado as instituições de ensino não abordam todos os enfoques sobre a HM de forma satisfatória, voltando à questão técnico prática.^{15,21}

Gamificação como estratégia para melhoria da adesão à higiene das mãos;

No segundo eixo tem-se um conceito novo, que tem suas raízes na filosofia, mostrando que o jogo traz um sentimento de pertencimento e propósito. Com isso voltamos ao cenário da educação em saúde, pois os jogos têm sido utilizados como ferramentas para o desenvolvimento de competências entre os profissionais de saúde sendo empregados em diversos formatos e em diversas áreas, adaptados à simulação no ensino de enfermagem. E como visto, no eixo anterior, faz-se necessária a utilização de novos métodos para melhorar a aprendizagem e o ensino dos enfermeiros e profissionais de saúde.²²

Nos presentes estudos foram apresentados critérios para garantir uma aprendizagem eficaz por meio de jogos em ambientes de não-jogos. Eles são experimentais, sendo uma forma de motivar, de tornar o estudante corresponsável pelo próprio aprendizado através de simulações, assim como o desenvolvimento de atributos éticos aliados à segurança do paciente.^{8, 23}

Mesmo no ambiente profissional é importante estar sempre atualizado frente às técnicas e procedimentos, não sendo diferente com a HM. Por meio de simulações, feedback, tecnologia e até jogos de tabuleiro é possível mapear os participantes, os desafios, a motivação, o comportamento dos participantes (profissionais de saúde), e as mecânicas utilizadas para incentivar o comportamento desejado, pois os treinamentos tradicionais somado a outros

métodos, especialmente, dinâmicas e jogos lúdicos despertam maior interesse dos participantes, sendo uma estratégia positiva para promoção da educação continuada nas instituições de saúde.^{13, 24}

Os jogos têm uma meta, que consiste no resultado que se almeja de um jogador, e essa meta é que dá o senso de pertencimento e propósito, fazendo com que ocorra uma mobilização em equipe em busca do objetivo estabelecido.^{23, 25}

Outro ponto dessa abordagem é a motivação, que no eixo anterior foi vista como uma das barreiras na realização de HM. As pessoas se envolvem com jogos em busca de emoções positivas e diversão, e esse é um ponto importante quanto à gamificação na educação. A motivação influencia a direção do comportamento, a orientação para um objetivo, de forma intrínseca e extrínseca, sendo a primeira quando o indivíduo é motivado por suas próprias razões, e a extrínseca quando é movido por um fato externo.²⁶

Vivemos em um momento em que tudo se encontra a distância de um clique, em que estamos sendo estimulados constantemente, e isso faz com que a educação seja vista com um novo olhar. Os jogos colocam o sujeito da aprendizagem no centro do processo, como participante ativo. Nos estudos apresentados os elementos lúdicos surgem como ferramentas de gamificação para auxiliar nesse novo olhar, contudo o tradicionalismo na enfermagem ainda é uma barreira para a implementação de novas estratégias.^{23, 27}

Porém nos estudos apresentados, a utilização de elementos como feedback, simulações, role play e jogos de tabuleiro, apresentaram grande aceitação pelos profissionais de saúde, seja em instituições de ensino superior, ou em instituições hospitalares.^{8,23}

O papel da enfermagem na melhoria da adesão à higienização das mãos como medida para prevenção e enfrentamento da COVID -19.

No terceiro eixo assim como no primeiro, é apresentada a importância da HM, a técnica preconizada pela ANVISA, assim como todos os esforços que vêm sendo feitos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de campanhas, folhetos, palestras e etc., mas também convergem na falta de adesão pelos profissionais de saúde, mesmo com todos os esforços empenhados quanto ao assunto.^{6, 26}

O ponto mais convergente entre os estudos foi o foco no profissional, como já visto anteriormente, exigindo reflexão acerca dos deveres pessoais e profissionais, e o equilíbrio entre eles. Nos estudos coloca-se o comportamento humano como condicionante ao processo educacional, e argumenta que medidas individuais não são capazes de modificar e manter o comportamento de HM pelos profissionais de saúde por tempo prolongado, assim como a falta de responsabilidade moral e profissional ao não aderir às condutas preconizadas.^{20, 27}

Identifica-se um senso de autoproteção ao realizar a HM, sendo a maior adesão a HM “após contato com o paciente”, e menos adesão “antes do contato com o paciente” e “antes de procedimento asséptico”.

No estudo em específico o autor constata que mesmo com conhecimento adquirido ao longo dos anos e a sensibilização pelas campanhas, a adesão à prática de HM ainda está longe das diretrizes nacionais e internacionais preconizadas, constituindo um risco à segurança dos pacientes e profissionais. Os estudos concordam que é necessária uma mudança no comportamento dos

profissionais, bem como a adequação de recursos necessários à prática de HM.
20, 21, 28

Em dezembro de 2019 um novo panorama se instaurou mundialmente, nos levando à constatação de uma pandemia confirmada em fevereiro de 2020, pelo novo Corona vírus (COVID-19). Desde então, as instituições de saúde de todo o mundo assim como os serviços de enfermagem atuam sob constante pressão contra uma doença respiratória potencialmente fatal, pois até o momento não há uma vacina. Dessa forma, a quarentena e o isolamento social têm sido a medida tomada por diversos países na tentativa de diminuir a transmissão. Enquanto o mundo se adaptava à nova realidade, foram preconizadas medidas de proteção para conter a infecção, e umas delas era a Higienização das Mãos, trazendo à tona todas as falhas de execução já existentes, porém agora de grande relevância pois é considerada umas das medidas de precaução mais eficazes.
29,30

Para que as medidas sejam adotadas corretamente o profissional de saúde deve avaliar se a família e o paciente são capazes de realizar as medidas de precaução, recomendadas como parte do isolamento social da população em geral, assim como de pacientes já hospitalizados (p.ex., higiene das mãos, limpeza ambiental), abordando também questões de segurança quanto ao uso de solução alcoólica, tais como ingestão acidental, e riscos de incêndio. É importante sempre que possível seja estabelecido um vínculo de comunicação com o enfermeiro ou com a equipe de saúde. Salienta-se também que tanto os pacientes/familiares, assim como os profissionais devem realizar higiene de mãos frequentemente antes de comer, após o uso do banheiro e sempre que as mãos parecerem sujas, utilizando água e sabão. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, pode friccioná-las com álcool a 70%, assim como realizar a higiene das mãos após qualquer tipo de contato com os pacientes ou seu ambiente imediato.^{29, 30}

No cenário atual percebe-se uma alta taxa de contaminação de profissionais de saúde, por ser um vírus de transmissão respiratório, isso também torna o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) de extrema importância para o enfrentamento da pandemia. Portanto, investir em conhecimento, capacitação e treinamento dos profissionais da área da saúde sobre o uso adequado desses equipamentos, no manejo e cuidado dos pacientes infectados torna-se imperioso. A paramentação e desparamentação de maneira adequada é uma forma eficaz de se evitar contaminação entre os profissionais de saúde, porém a correta higienização das mãos faz parte do ritual de desinfecção para a desparamentação, que muitas vezes acaba sendo negligenciado.³⁰

Estudos mostram que profissionais sem atualização e que não realizam práticas repetidamente acabam com suas habilidades estagnadas ou com desvios de técnicas ao longo do tempo. Juntamente a isso, longos períodos de não utilização de habilidades, conhecidos como intervalos de retenção, levam a uma queda de performance. Sendo assim, faz-se necessário que os serviços de saúde realizem treinamento de todos os profissionais que terão ou podem ter contato com pessoas infectadas com o novo corona vírus (COVID-19). No entanto, o treinamento convencional utilizando demonstrações, não garante que o profissional se paramente e desparamente de forma adequada e realize a higienização das mãos de forma correta. Assim, faz-se necessário realizar treinamentos que permitam a realização prática da técnica apropriada entre todos os participantes, para que se minimize os erros técnicos, assim como

novos instrumentos para que os profissionais se mantenham sempre atualizados.^{31, 32,33}

CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar de ser um assunto recorrente, a pandemia trouxe um novo olhar, quanto a prática de Higienização das Mãos e sua importância não somente para os profissionais de saúde, como para toda a população durante o combate da pandemia. A gamificação se torna mais presente como ferramenta para melhorar a adesão à Higiene das Mãos pelos profissionais de saúde. Porém, é possível perceber um enfoque no profissional/estudante da área de saúde, mostrando a necessidade de uma mudança comportamental, assim como a inserção de novos elementos de aprendizado, apresentados por meio de elementos lúdicos e jogos.

Entretanto, atualmente, não há normativas, políticas, ou consenso científico específico sobre a descrição e recomendação dos cuidados de enfermagem para a COVID-19, identificando-se assim uma lacuna do conhecimento.

Os órgãos nacionais e internacionais continuarão trabalhando ativamente nessa conscientização quanto a prática de HM, mas como colocado por vários autores aqui apresentados, nota-se um senso de autoproteção e uma falta de empatia com o próximo. O que traz o pensamento mais para quem está realizando a técnica do que a própria técnica em si.

REFERÊNCIAS

1. Marra AR, Edmond MB. New technologies to monitor healthcare worker hand hygiene. Clin Microbiol Infect [Internet]. 2014[cited 2016 May 10]; 20:29-33. Available from: [http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(14\)60190-7/abstract](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)60190-7/abstract)
2. Rodrigues EAC, et al. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Savier, 1997.
3. World Health Organization (WHO). Guidelines on hand hygiene in health care. 2009. Genebra (SW); 2009.
4. World Health Organization. (2020). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) : interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497>
5. Oliveira AC; Pinto, AS. Participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde. Ver Bras Enferm [internet]. 2018;71(2):259-64. DOI: OI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.
8. Marques R, Gregório J, Pinheiro F, Póvoa P, Silva MM, Lapão LV. How can information systems provide support to nurses' hand hygiene performance? Using gamification and indoor location to improve hand hygiene awareness and reduce hospital infections. BMC Med Inform Decis Mak. 2017.
9. Medina B, et al. Gamefication, Inc.: como reinventar empresas a partir de jogos. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: MJV Press, 2013.
10. Werbach K, Hunter D. For the win. How game thinking can revolutionize your business. Wharton Digital Press. Philadelphia, PA. 2012.
11. Ted Talks. Jane McGonigal: Jogando por um mundo melhor. 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dE1DuBesGYM>
12. Ted Talks. Yu-kai Chou. Gamification to improve our world. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=v5Qjuegtiyc>
13. Deslandes SF. A Construção do projeto de pesquisa. In: Minayo MC. (Org.) Pesquisa Social. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.22.

14. Martins Junior J. Como elaborar um projeto de pesquisa. In: Como escrever trabalhos de conclusão de cursos. 4. ed. Petrópolis: Vozes. 2011. p. 73.
15. Tipple AFV, *et al.* Técnica de higienização simples das mãos: a prática entre acadêmicos da enfermagem. 2010; *Ciencia y enfermeria XVI* (1): 49-58.
16. Alvim ALS, Reis LC. Higienização das mãos: dinâmica para sensibilização dos profissionais do centro de materiais e esterilização. 2017; *Revista eletrônica Evidência e Enfermagem*.
17. Coelho MS, Silva Arruda C, Simões SMF. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. 2011; *Revista eletrônica trimestral de enfermagem, Enfermería Global*, nº 21.
18. Souza LM, *et al.* Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. 2015; *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 36(4):21-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>
19. Oliveira AC, Pinto AS. Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(2):259-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>
20. Souza EC, *et al.* Importância da higienização das mãos como profilaxia à infecção hospitalar pelos profissionais de saúde. *Revista eletrônica Gestão & Saúde*. Vol. 04, nº04, ano 2013 p.1421-1433.
21. Mota EC, *et al.* Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. 2014; *Revista de epidemiologia e Controle de infecção*. (4) 1:12-17.
22. Johnson D, *et al.* Gamification for health and wellbeing: A systematic review of literature. 2016; Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY license. <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent2016.10.002>
23. Santos CA, *et al.* Jogos sérios em ambiente virtual para ensino-aprendizagem na saúde. 2017; DOI: 10.15253/2175-6783.2017000500019. *Revista Rene*. 18(5):7029.
24. Nascimento MB, Albuquerque ES. O uso de gamification para melhorar adesão a tratamento. XI Brazilian symposium on Information System. Goiânia, GO. Maio de 2015.
25. Erenli k. The impact of Gamification. Recommending Education Scenarios. 2013; *iJET – Volume 8, Special issue 1: “ICL2012”*. <http://dx.doi.org/10.3991/ijet.v8iS1.2320>
26. Marques *et al.* How can information systems provide support to nurses' hand hygiene performance? Using gamification and indoor location to improve hand hygiene awareness and reduce hospital infections. *BMC Medical*

Informatics and Decision Making (2017) 17:15 DOI 10.1186/s12911-017-0410-z.

27. Belela-Anacleto ASC; Peterlini MAS; Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(2):442-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-018>

28. Marra AR, Edmond MB. New technologies to monitor healthcare worker hand hygiene. *Clin Microbiol Infect*[Internet]. 2014[cited 2016 May 10]; 20:29-33. Available from: <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12458>

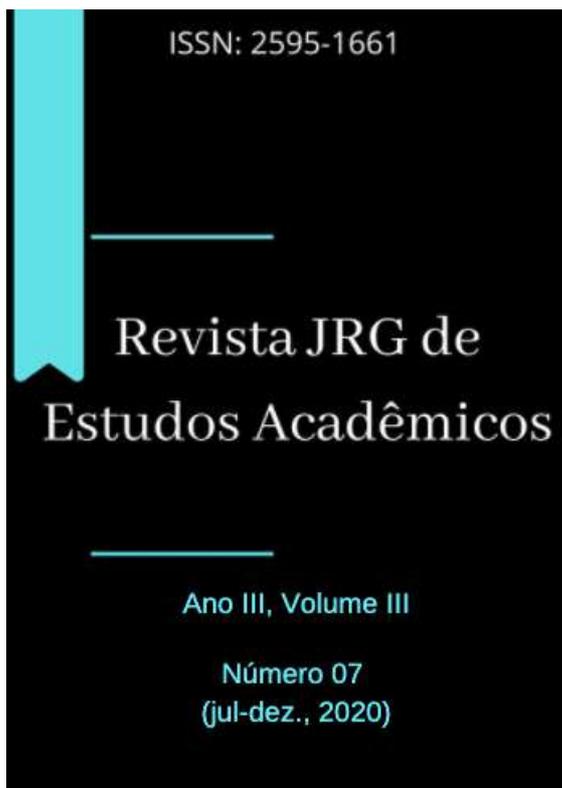
29. Chang L, Yan Y, Wang L. Coronavirus Disease 2019: Coronaviruses and Blood Safety [published online ahead of print, 2020 Feb 21]. *Transfus Med Rev*. 2020; doi:10.1016/j.tmr.2020.02.003

30. Tonin L, Lacerda MR, Caceres NTG, Hermann AP. Recommendations in covid-19 times: a view for home care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200310. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0310>

31. Oliveira HC, Souza LC, Leite TC, Campos JF. Personal Protective Equipment in the coronavirus pandemic: training with Rapid Cycle Deliberate Practice. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-030>

32. Sant'Ana G, Imoto AM, Amorim FF, Taminato M, Peccin MS, Santana LA, et al. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. *Acta Paul Enferm*. 2020; eAPE20200107.

33. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 21]; 29(2): e2020222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000200100&lng=en



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **21/10/2020**

Data de reformulação: **27/10/2020**

Data do aceite: **02/11/2020**

DOI: **<http://doi.org/10.5281/zenodo.4245243>**

Publicado: **2020-11-04**

OPÇÕES TERAPÊUTICAS EMPREGADAS NO TRATAMENTO DA COVID – 19: UMA REVISÃO LITERÁRIA

THERAPEUTIC OPTIONS USED IN THE TREATMENT OF COVID – 19: A LITERARY REVIEW

*João Lucas Gaspar Barbosa¹
Ludmila Aparecida Pereira Gomes²
Jórdan Barros da Silva³*

RESUMO

Um novo tipo de coronavírus surgiu na cidade de Wuhan na China em 2019. SARS-COV-2 é um vírus de RNA de fita simples senso positivo, envolto por quatro proteínas, denominadas Spike (S), Envelope (E), Membrana (M) e Nucleocapsídeo (N). O novo coronavírus vem sendo um desafio para os profissionais da saúde devido à falta de tratamento eficaz contra a doença. O objetivo do presente estudo foi buscar informações a respeito das principais opções terapêuticas atualmente empregadas no tratamento Covid-19. Assim, foi possível identificar que vários destes medicamentos para o tratamento da SARS-CoV-2 apresentam resultados promissores, porém ainda carecem de mais informações e estudos, não havendo, portanto, um tratamento seguro e eficaz.

Palavras – Chaves: Covid, Tratamento, Medicamentos, Plasma Convalescente, Dexametasona, Remdesivir, Prevenção, Sars-Cov-2.

¹ Acadêmico do Curso de Farmácia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

² Acadêmica do Curso de Farmácia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

³ Msc. em Ciências Genômicas e Biotecnologia, Biomédico e Professor na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.

ABSTRACT

A new type of coronavirus appeared in the city of Wuhan in China in 2019. SARS-CoV-2 is a single-stranded positive sense RNA virus, surrounded by four proteins, called Spike (S), Envelope (E), Membrane (M) and Nucleocapsid (N). The new coronavirus has been a challenge for healthcare professionals due to the lack of effective treatment against the disease. The aim of the present study was to seek information about the main therapeutic options currently employed in Covid-19 treatment. Thus, it was possible to identify that several of these drugs for the treatment of SARS-CoV-2 show promising results, but they still lack more information and studies, therefore, there is no safe and effective treatment.

Keywords: Covid, Treatment, Medicines, Convalescent Plasma, Dexamethasone, Prevent, SARS-CoV-2.

INTRODUÇÃO

O Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) é um vírus de RNA de fita simples senso positivo (ssRNA+), envolto por quatro proteínas, denominadas Spike (S), Envelope (E), Membrana (M) e Nucleocapsídeo (N). Ele infecta as células alvo através da proteína S, que se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) e, em seguida, a partícula do viral usa uma serina protease transmembranar do tipo 2 do hospedeiro (TMPRSS2) que facilita a entrada nas células hospedeiras. Assim, após atingir o citoplasma da célula infectada, a partícula viral usa a maquinaria celular para sintetizar poliproteínas virais que codificam o complexo replicase-transcriptase. O vírus então sintetiza o RNA através de sua RNA polimerase dependente de RNA e as proteínas estruturais são sintetizadas, levando à conclusão do ciclo de replicação do vírus.¹

Além do SARS-CoV-2, existem mais duas cepas de coronavírus antecessores a esta, conhecidos como coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV). O SARS-CoV surgiu na China no ano de 2002 e o MERS-CoV, no Oriente Médio em 2012². No final do ano de 2019, uma nova mutação do coronavírus surgiu na cidade de Wuhan, na China, que inicialmente provocou um pequeno surto local. A transmissão do vírus ocorreu de forma rápida e, em poucos dias, o vírus começou a se espalhar em todo o território chinês, resultando em uma epidemia designada (*Coronavirus disease 19*). Infelizmente o governo local não conseguiu conter o avanço do vírus e, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Covid-19 como uma Pandemia, uma vez que houve um número crescente de casos em outros países do mundo.²

A doença apresenta sintomas variados e semelhantes aos da gripe, afetando principalmente as vias respiratórias. Segundo dados da OMS, os principais sintomas clínicos da COVID são: tosse, febre alta, cefaleia, coriza, dispneia e mal-estar. Toda a população está vulnerável ao vírus, porém os idosos, pacientes com doenças respiratórias, hipertensos, diabéticos, fumantes, pacientes com problemas cardiovasculares e com o sistema imunológico comprometido estão mais propensos a se infectar e são considerados grupo de risco. Embora existam muitas pesquisas em curso, até o momento não existe tratamento eficaz e nem vacinas para o Covid-19. Dessa forma, o paciente que testam positivo recebem apenas orientações simples, como repouso, hidratação

e medidas adotadas para aliviar a sintomatologia. Nos casos graves, os pacientes podem chegar a ser hospitalizados para receber suporte ventilatório.²

No momento, nenhum medicamento antiviral mostrou-se eficaz no tratamento da Covid-19. Ainda que alguns estudos relatem alguns fármacos promissores, como o Remdesivir, ou outros tratamentos, como o a terapia com Plasma Convalescente, a maioria dessas terapias só mostrou potencial *in vitro* e, portanto, seu potencial *in vivo* ainda é incerto.⁵ Há também uma variedade de terapias medicamentosas aprovadas para o tratamento de outras enfermidades que vem sendo estudadas ou propostas para o tratamento da Covid-19. Os corticoides, por exemplo, têm sido utilizados no tratamento de pacientes com pneumonia por possuírem poder inibitório dos fatores inflamatórios e, aparentemente, tem apresentado resultados promissores. Contudo, experiências prévias em outros coronavírus, como SARS-CoV e MERS-CoV, sugerem que o medicamento não tem efeito sobre a redução de mortalidade e que retarda o *clearance viral*.

Assim, considerando a necessidade de identificar um tratamento eficaz e seguro para Covid-19, além das crescentes discussões sobre o emprego de corticoides para o tratamento da doença, faz-se necessário avaliar as evidências disponíveis desta terapêutica.⁶ Logo, diante do cenário de indefinição acerca do tratamento da Covid-19, o presente trabalho tem como objetivo levantar os dados atuais a respeito de algumas opções terapêuticas que estão sendo testadas no combate ao coronavírus e comparar as vantagens e desvantagens dos métodos de tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a execução do presente trabalho acerca do tratamento para a Covid-19, foi realizado um levantamento nas principais bases de dados em saúde mundiais (PubMed, Scielo, MEDLINE e LILACS), utilizando termos como “covid-19”, “dexamethasone”, “treatment”, “plasma convalescent”, “clinical trials”, “prevention”, e suas respectivas traduções para o português.

Assim, o levantamento de dados nas principais bases retomou um total de 992 artigos, dentre os quais 42 versavam acerca do tema e foram lidos na íntegra por se encaixarem nos critérios de inclusão estabelecidos.

Tendo visto o volume de dados publicados nos últimos meses, os critérios de inclusão desta revisão bibliográfica foram artigos de estudos clínicos randomizados, estudo caso-controle e ensaios multicêntricos que abordassem estas opções terapêuticas, uma vez que apenas esses estudos são capazes de demonstrar eficácia do tratamento. Ainda, apenas foram incluídos os artigos publicados no período de março a agosto de 2020, uma vez que neste período a fisiopatologia da doença já estava melhor esclarecida e, portanto, permitia melhores análises a respeito das terapias em questão.

Em contrapartida, os critérios de exclusão do estudo foram todos os outros estudos, como as publicações pré-print, capítulos de livro, artigos de fontes desconhecidas, revisões bibliográficas, estudos de caso isolado, bem como as publicações fora do período estabelecido. Por fim, estes métodos terapêuticos foram escolhidos por estarem em ênfase nos veículos de comunicação científica e serem, segundo esses veículos, os medicamentos mais promissores para o tratamento do Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em concordância com a metodologia citada anteriormente, os 42 artigos foram lidos em sua íntegra, onde 33 artigos foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão do presente estudos. Dessa forma, foram selecionados 07 artigos que se enquadravam nos critérios estabelecidos e atenderam aos objetivos necessários para a construção final deste trabalho. Os artigos incluídos no estudo estão apresentados na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Estudos analisados a respeito das opções terapêuticas utilizadas no COVID-19.

TÍTULO	AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO
Dexametasona em pacientes hospitalizados com Covid-19 – Relatório Preliminar.	Peter Horby et.al	2020	O objetivo deste estudo foi avaliar uma gama de tratamentos para o Covid-19, foram escolhidos aleatoriamente pacientes para utilizar dexametasona oral e intravenosa por 10 dias e os outros pacientes para receber os cuidados habituais.
Efeito da dexametasona nos dias de vida e sem ventilação em pacientes com síndrome da angústia respiratória aguda moderada ou grave e Covid-19: o ensaio clínico randomizado CoDEX.	Bruno M Tomazini et.al	2020	O objetivo deste estudo é explorar a eficácia e a segurança do tratamento com dexametasona em altas doses para a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo secundário à pneumonia por SARS-Cov-2.
Uso compassivo de Remdesivir para pacientes com Covid-19 grave	Jonathan Grein et.al	2020	O objetivo deste artigo foi utilizar um medicamento antiviral para tratar pacientes com Covid-19. É verificar a eficácia do medicamento comparado a outros.
Remdesivir em adultos com Covid-19 grave: um ensaio multicêntrico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo.	Yeming Wang et.al	2020	O objetivo deste artigo foi utilizar um medicamento antiviral para tratar pacientes com Covid-19. É verificar a eficácia do medicamento, alguns pacientes receberam o medicamento e outros receberam um placebo.
Tratamento com plasma para pacientes com Covid-19 em Wuhan,China.	Mingxiang Ye et.al	2020	O objetivo deste estudo foi determinar se a transfusão de plasma convalescente pode ser benéfica no tratamento de

			pacientes criticamente enfermos com Covid-19.
Tratamento de cinco pacientes criticamente enfermos com Covid-19 com plasma convalescente.	Chenguan g Shen et.al	2020	O objetivo deste estudo foi determinar se a transfusão de plasma convalescente pode ser benéfica no tratamento de pacientes criticamente enfermos com Covid-19.
Eficácia da terapia de plasma convalescente em pacientes graves com Covid-19	Kai Duan et.al	2020	O objetivo deste estudo foi determinar se a transfusão de plasma convalescente pode ser benéfica no tratamento de pacientes criticamente enfermos com Covid-19.

Como é de conhecimento de toda a comunidade científica, até o presente momento não existem agentes antivirais específicos para o tratamento do coronavírus. Assim, Mingxiang Ye e cols. (2020) realizaram um estudo clínico descritivo em um hospital na cidade de Wuhan, China, que foi o epicentro inicial da pandemia. O objetivo do estudo foi testar a utilização de plasma convalescente (plasma de pacientes recuperados da Covid-19) para o tratamento dos enfermos confirmados com a doença.

Foram escolhidos seis pacientes confirmados com Covid-19 para serem incluídos no estudo e estes receberam uma transfusão de plasma convalescente compatível com seu tipo sanguíneo. A transfusão de plasma convalescente levou à resolução das opacidades em vidro fosco e consolidação em 83% dos sujeitos da pesquisa. Ainda, 33% dos pacientes apresentaram swab nasofaríngeo positivo antes da transfusão e, após a terapia, não foram identificados fragmentos do vírus nos pacientes. Ainda, a análise sorológica indicou um aumento substancial nos títulos de anticorpos anti-SARS-CoV-2 nos pacientes em 33% dos pacientes, porém não foi identificada imunização em 16% dos pacientes.

No mesmo período, Chenguang Shen e cols. (2020), do departamento de doenças infecciosas do Shenzhen Third People's, em Shenzhen, China, realizaram, no período de janeiro a março de 2020, um estudo semelhante em cinco pacientes que estavam hospitalizados em decorrência da infecção por Covid-19. No entanto, no estudo em questão, os pesquisadores definiram como critério de inclusão no estudo os pacientes que apresentavam um quadro de pneumonia grave e com progressão rápida, além de carga viral continuamente alta e Pao2/Fio2 <300, com suporte ventilatório. Os pacientes que se encaixaram no perfil foram então submetidos a uma transfusão de plasma convalescente e, após a realização do procedimento, observou-se que 80% dos pacientes em questão apresentaram importante queda na temperatura corporal em um período máximo de três dias. Além disso, o escore SOFA diminuiu e o Pao2/Fio2 aumentou em um espaço de tempo de 12 dias (variação, 172-276 antes e 284-366 depois).

Ainda, as cargas virais também diminuíram e se tornaram negativas em até 12 dias após a transfusão e os títulos de ELISA, específico para SARS-CoV-2 e também de anticorpos neutralizantes aumentaram após a transfusão (variação, 40-60 antes e 80-320 no dia 7). Nos mesmos 12 dias, a SDRA foi

resolvida em 80% dos pacientes e 60% deles foram retirados da ventilação mecânica dentro de duas semanas de tratamento. Por fim, 60% dos receberam alta do hospital (tempo de internação: 53, 51 e 55 dias) após o tratamento.

Kai Duan e cols. (2020) realizaram um estudo com plasma convalescente em dez pacientes graves com a Covid-19. Em seus resultados, os pesquisadores observaram que 50% dos pacientes apresentaram um abrupto aumento do nível de anticorpos neutralizantes, enquanto o restante dos pacientes se manteve em um nível menor, porém satisfatório. Ainda, os sintomas clínicos do grupo melhoraram em até três dias e a carga viral se tornou indetectável após a transfusão em 70% dos pacientes com viremia anterior. Além disso, não foram observados efeitos adversos graves em nenhum dos sujeitos da pesquisa e que a terapia com CP foi bem tolerada por todos os pacientes. Dessa forma, os dados apresentados pelo grupo corroboram com os encontrados por Chenguang Shen et.al (2020) e por Mingxiang Ye et.al (2020), que obtiveram uma taxa de sucesso alta, onde a maior parte dos pacientes apresentaram importante regressão da doença.

Durante o período da pandemia, alguns estudos realizados tiveram como objetivo avaliar a eficácia de terapias farmacológicas. Peter Horby e cols. (2020) realizaram um estudo clínico randomizado comparando uma gama de tratamentos para a SARS-CoV-2. No desenho experimental do estudo, eles separaram um grupo de pacientes hospitalizados para receber uma dose de dexametasona oral ou intravenosa equivalente a 6 mg uma vez ao dia por até 10 dias, enquanto um grupo controle recebeu os cuidados habituais para a doença. Um total de 2.104 pacientes foi designado para receber dexametasona e 4321 para receber os cuidados habituais. No geral, 482 pacientes (22,9%) no grupo de dexametasona e 1110 pacientes (25,7%) no grupo de tratamento usual morreram dentro de 28 dias após a randomização (razão da taxa ajustada por idade, 0,83; intervalo de confiança de 95% [IC], 0,75 a 0,93; $P < 0,001$).

As diferenças proporcionais e absolutas entre os grupos na mortalidade variaram consideravelmente de acordo com o nível de suporte respiratório em que os pacientes estavam recebendo no momento da randomização. Assim, no grupo que recebeu a dexametasona, a incidência de morte foi menor do que no grupo de tratamento usual entre os pacientes que receberam ventilação mecânica invasiva (29,3% vs. 41,4%; taxa de razão, 0,64; IC 95%, 0,51 a 0,81) e entre aqueles que receberam oxigênio sem ventilação mecânica invasiva (23,3% vs. 26,2%; relação de taxa, 0,82; IC de 95%, 0,72 a 0,94), mas não entre aqueles que não estavam recebendo suporte respiratório na randomização (17,8% vs. 14,0%; razão de taxas, 1,19; IC de 95%, 0,91 a 1,55).

Outra opção terapêutica avaliada foi uma medicação antiviral que vem apresentando bons resultados no tratamento do coronavírus. Em um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e multicêntrico realizado em dez hospitais em Huber, China, entre fevereiro a março de 2020, Yeming Wang e cols. (2020) utilizaram o antiviral Remdesivir em 158 pacientes adultos internados com infecção por SARS-CoV-2 confirmados em laboratório e placebo em outros 79 pacientes. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em uma proporção de 2:1 para Remdesivir intravenoso (200 mg no dia 1 seguido de 100 mg nos dias 2-10 em infusões diárias únicas) ou o mesmo volume de infusões de placebo por 10 dias. O desfecho primário foi o tempo de melhora clínica até o vigésimo oitavo dia, definido como o tempo (em dias) desde a randomização até o ponto de declínio de dois níveis em uma escala ordinal de seis pontos do

estado clínico (de 1 = alta a 6 = morte) ou alta do hospital com vida, o que ocorrer primeiro.

O uso de Remdesivir não foi associado a uma diferença no tempo até a melhora clínica (razão de risco 1-23 [IC 95% 0 - 87-1 75]). Embora o resultado não seja estatisticamente significativo, os pacientes que receberam Remdesivir tiveram um tempo numericamente mais rápido para melhora clínica do que aqueles que receberam placebo entre os pacientes com duração dos sintomas de 10 dias ou menos (razão de risco 1 · 52 [0 · 95-2 · 43]). No entanto, os eventos adversos foram relatados em 102 (66%) de 155 receptores de Remdesivir versus 50 (64%) de 78 receptores de placebo.

Em um período próximo, Jonathan Grein e cols. (2020) também realizaram um estudo utilizando o Remdesivir para o tratamento da Covid-19. No caso, o estudo foi realizado em 61 pacientes e o critério de inclusão no estudo foram pacientes que apresentavam o quadro de saturação de oxigênio em 94% ou menos, e dentro desse grupo, os pacientes que conseguiam respirar ar ambiente e os que estavam com ventilação mecânica. Assim, os pacientes receberam uma dose de 200 mg de Remdesivir via intravenosa no dia 1, seguidos de 100 mg por dia durante 9 dias. Este estudo foi realizado no período de janeiro a março de 2020.

Dos 61 pacientes que receberam pelo menos uma dose de Remdesivir, os dados de 8 não puderam ser analisados (incluindo 7 pacientes sem dados pós-tratamento e 1 com erro de dosagem). Dos 53 pacientes cujos dados foram analisados, 22 estavam nos Estados Unidos, 22 na Europa ou Canadá e 9 no Japão. No início do estudo, 30 pacientes (57%) estavam recebendo ventilação mecânica e 4 (8%) estavam recebendo oxigenação por membrana extracorpórea. Durante um acompanhamento médio de 18 dias, 36 pacientes (68%) tiveram uma melhora na classe de suporte de oxigênio, incluindo 17 de 30 pacientes (57%) em ventilação mecânica que foram retirados da ventilação. Um total de 25 pacientes (47%) teve alta e 7 pacientes (13%) morreram; a mortalidade foi de 18% (6 de 34) entre os pacientes que receberam ventilação invasiva e 5% (1 de 19) entre aqueles que não receberam ventilação invasiva.

Assim, os pesquisadores estimaram em 68% a taxa de eficácia da terapia, onde 36 de 53 pacientes obtiveram uma melhora no seu quadro clínico após utilizar o Remdesivir. Os resultados encontrados corroboram parcialmente com os encontrados por Yeming Wang e cols. (2020), que também encontraram uma alta taxa de eficácia em seu estudo. Porém, no estudo de Yeming Wang e cols., os pesquisadores relataram que 66% dos seus pacientes apresentaram efeitos colaterais. Estes dados não corroboram com o estudo de Jonathan Grein e cols., uma vez que os pesquisadores não encontraram efeitos adversos com o tratamento. Assim, supõe-se que a taxa de efeitos adversos não está diretamente relacionada com a utilização do medicamento e sim com fatores inerentes a fisiopatologia da doença ou outras comorbidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o levantamento bibliográfico e análise dos estudos apresentados, foi possível concluir que:

- Ambos os tratamentos para a SARS-CoV-2 possuem taxas de eficácia consideráveis. Porém, nenhuma delas apresentou unanimidade;
- Ainda que as evidências relacionadas ao tratamento com o plasma convalescente indiquem que essa seja a melhor terapia para o tratamento da

Covid-19, uma vez que os estudos apresentaram dados satisfatórios e eficazes para a eliminação do SARS-CoV-2, o número amostra dos estudos avaliados é baixo. Assim, a análise dos dados fica limitada e impacta diretamente na relevância do estudo. Dessa forma, é importante que estudos maiores, multicêntricos, sejam realizados para melhores conclusões acerca da terapia;

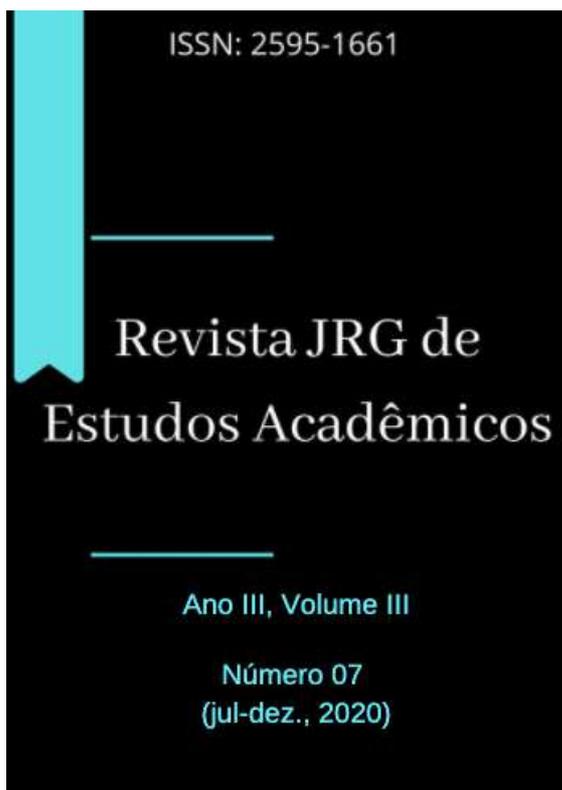
- Em relação ao estudo a respeito da dexametasona, ainda que os resultados tenham sido muito satisfatórios e com um número amostral expressivo, o grupo estudado foi bastante específico em suas análises. Assim, devido à escassez de estudos publicados a respeito dessa terapia para o SARS-CoV-2 em outros grupos de pacientes, a análise e comparação dos dados ficam bastante limitadas. Logo, é necessário que os resultados apresentados pelos pesquisadores sejam confirmados por outros estudos do mesmo gênero;

- Por fim, através do presente estudo, foi possível perceber que as terapias avaliadas por nosso estudo ainda se mostram limitadas e incapazes de resolver a pandemia por completo. Os dados não são capazes de determinar uma terapia muito promissora para tratamento da Covid-19, ficando a decisão por conta do clínico responsável pelo paciente, que deve sempre buscar uma abordagem mais plural possível, levando em conta todos os fatores limitantes apresentados tanto pelos pacientes quanto pelo vírus e suas inúmeras mutações até aqui publicadas.

REFERÊNCIAS

1. SANDERS .M, JAMES. Et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *Jama*. 12 de Maio de 2020. 323(18):1824-1836.
2. ANANIAS ALVES CRUZ, et al. Considerações sintomáticas e medicamentosa a respeito do no coronavírus: Uma revisão da literatura sobre farmacologia, efeitos adversos, fisiopatogenia e formas de tratamento do COVID-19. Amazonas. 2020.
3. World Health Organization. Afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 11 de março de 2020. (Acessado em: 05 de março de 2020) https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.
4. WANG, YEMING. ZHANG DINGYU. GUANHUA. RONGH. JIN, YANG. HU, YI. Remdesivir em adultos com COVID-19 grave: um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. *Pequim*. 2020
5. CHEN, LONG. XION, JING. BAO, LEI. SHI, YANG. Plasma convalescente como terapia potencial para COVID-19. 2020.
6. COLPANI, V. STEIN, C. PAGANO, CGM. GRAF, DD. MATUOKA, JY. MEDEIROS, FC. BRITO, GV. MARRA, LP. PARREIRA, PCL. BAGATINNI, AM. PACHITO, DV. OLIVEIA, Jr HÁ. RIEIRA R. FALAVIGNA M. Corticoides para infecção por SARS-Cov-2 (Covid 19). Revisão sistemática rápida. Disponível em: <https://oxfordbrazilebm.com/index.php/2020/05/18/corticoides-para-infeccao-por-sars-cov-2-covid-19-revisao-sistematica-rapida/>. (Acessado em: 06 de março de 2020).

7. HORBY, PETER. et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report. N Engl J Med. Julho de 2020. Volume 17.
8. M TOMAZINI, BRUNO. et.al. Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19: The CoDEX Randomized Clinical Trial. Jama. Setembro de 2020. Volume 1701.
9. GREIN, JONATHAN. Et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. N Engl J Med. Junho de 2020. Volume 11;382(24):23.
10. WANG, YEMING. Et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. Maio de 2020. Volume 16;395(10236):15.
11. YE, MINGXIANG. Treatment with convalescent plasma for COVID-19 patients in Wuhan, China. J Med Virol. Abril de 2020. Volume 15; 10.1002.
12. CHENGUANG, SHEN. Treatment of 5 Critically Ill Patients With COVID-19 With Convalescent Plasma. Jama. Abril de 2020; 323(16): 1582-1589.
13. DUAN, KAI. Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. Proc Natl Acad Sci USA. Abril de 2020; 117(17): 9490-9496.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **25/10/2020**

Data de reformulação: **29/10/2020**

Data do aceite: **03/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4245258>

Publicado: **2020-11-04**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS CUIDADOS DISPENSADOS AOS PACIENTES TERMINAIS¹

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CARE PROVIDED TO TERMINALLY ILL PATIENTS

*Meirilândia Cruz Mota²
Débora Adriana Ramos³
Jonas Rodrigo Gonçalves⁴*

Resumo

O tema deste artigo é aspectos psicológicos dos cuidados dispensados aos pacientes terminais. Investigou-se o seguinte problema: “como a assistência psicológica melhora os cuidados paliativos?”. Cogitou-se a seguinte hipótese “a assistência psicológica garante mais integralidade, resolutividade e humanização no atendimento”. O objetivo geral é “compreender o impacto da assistência psicológica no cuidado paliativo”. Os objetivos específicos são: “entender o cuidado paliativo”; “descrever a importância da equipe multidisciplinar”; “compreender a importância da assistência psicológica no cuidado paliativo”. Este trabalho é importante para o profissional de Enfermagem devido à relevância da assistência integral ao paciente

¹ Este artigo contou com a revisão linguística de Érida Cassiano Nascimento.

² Graduanda em Enfermagem pela Unip (Universidade Paulista). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0519291743389535>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6798-3804>. E-mail: meiresaudebsb@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8157104994909882>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0683-5466>. E-mail: psicologa.ramos@gmail.com.

⁴ Doutorando em Psicologia; Mestre em Ciência Política (Direitos Humanos e Políticas Públicas); Licenciado em Filosofia e Letras (Português e Inglês); Especialista em Direito Constitucional e Processo Constitucional, em Direito Administrativo, em Direito do Trabalho e Processo Trabalhista, entre outras especializações. Professor das faculdades Processus (DF), Unip (SP) e Fasesa (GO). Escritor (autor de 61 livros didáticos/acadêmicos). Revisor. Editor. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6904924103696696>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4106-8071>. E-mail: jonas.goncalves@institutoprocessus.com.br.

terminal; para a ciência, é relevante por permitir entender a atual assistência paliativa; agrega à sociedade pelo fato de estimular a construção de modelos de cuidado humanizados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa teórica com duração de seis meses.

Palavras-chave: Assistência Paliativa. Cuidados Paliativos. Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida. Paciente Terminal. Sistema de Apoio Psicológico.

Abstract

The theme of this article is the psychological aspects of the care provided to terminally ill patients. The following problem was investigated: "how does psychological assistance improve palliative care?". The following hypothesis was considered "psychological assistance guarantees more comprehensiveness, resolution and humanization in care". The general objective is "to understand the impact of psychological assistance in palliative care". The specific objectives are: "to understand palliative care"; "Describe the importance of the multidisciplinary team"; "Understand the importance of psychological assistance in palliative care". This work is important for a nursing professional due to the relevance of comprehensive assistance to the terminal patient; for science, it is relevant because it allows understanding the current palliative care; it adds to society because it encourages the construction of humanized care models. This is a qualitative theoretical research lasting six months.

Keywords: Palliative Assistance. Palliative Care. Palliative Care Nursing in the End of Life. Terminal Patient. Psychological Support System.

Introdução

A assistência paliativa pode ser compreendida como a oferta de cuidado ativo e total para um paciente que possui uma doença que não responde mais a qualquer tipo de tratamento curativo. Neste sentido, aponta-se que a oferta de cuidados integrais, pautados inclusive pela oferta de assistência psicológica, visando a construção de um modelo de cuidado pautado pela integralidade, humanização e dignidade no atendimento ao público é fundamental para garantir melhor qualidade de sobrevivência a pacientes que enfrentam uma fase tão delicada quanto à terminalidade da vida.

Conforme afirmam Melo, Valero e Menezes (2013), a realização de intervenções psicológicas durante a prestação de assistência paliativa é fundamental para garantir que pacientes terminais possam enfrentar adequadamente o processo de terminalidade. Além disso, garante que familiares, amigos e o próprio paciente sejam capazes de enfrentar a terminalidade da vida com maior dignidade, além de proporcionar maior conforto e segurança para todos os envolvidos durante a oferta de assistência.

A presente pesquisa buscou responder ao seguinte questionamento: como a oferta de assistência psicológica favorece a melhora dos cuidados dispensados aos pacientes terminais? Em síntese, tal abordagem visa compreender como a implementação de abordagens assistenciais voltadas ao tratamento de ordem psicológica, além da física, por parte do profissional enfermeiro, é capaz de promover a melhora dos cuidados paliativos prestados a indivíduos que não possuem mais

perspectiva de cura terapêutica, favorecendo conseqüentemente a melhora da sua qualidade de vida em seu período de sobrevivência restante.

Deste modo, Cardoso (2013, p. 74) afirma que a oferta de adequada assistência ao paciente terminal decorre diretamente do fortalecimento das instituições de saúde, por meio da promoção de estratégias e mecanismos que favoreçam o atendimento integral, resolutivo e humanizado de tais pacientes. Nesse sentido, aponta que um dos principais modos de alcançar tais aspectos reside no processo de construção de conhecimentos junto com a equipe de enfermagem, além da promoção de capacitação continuada dos colaboradores, visando a construção de discussões acerca da relevância dos aspectos psicológicos, emocionais e espirituais durante a prestação de assistência paliativa, tem em vista garantir que o paciente tenha maior qualidade de vida e atenção durante o seu devido tratamento.

Ao considerar o problema de pesquisa proposto, adotou-se como hipótese a premissa de que a assistência psicológica é fundamental para garantir maior integralidade, efetividade e resolutividade nos cuidados paliativos ofertados pelo profissional enfermeiro, na medida em que reconhece o paciente como um ser humano sensível, que por sua vez, necessita de cuidados em todas as esferas possíveis, tais como física, psicológica e emocional. Além disso, ao ofertar cuidados voltados ao aspecto psicológico do paciente terminal, o profissional de enfermagem favorece um processo de enfrentamento da morte humanizado, garantindo sobretudo respeito e dignidade ao paciente, amigos e familiares em um momento tão delicado quanto à terminalidade.

Neste contexto, Silva, Amaral e Malagutti (2013, p. 597) afirmam que é indispensável a oferta de assistência psicológica e emocional para pacientes e familiares, uma vez que sentimentos diversos podem ser evidenciados durante o enfrentamento de doenças terminais. Destarte, considerar aspectos como medo, tristeza, sofrimento, desesperança e impotência constitui um requisito fundamental para que a equipe multidisciplinar seja capaz de gerenciar tais sensações, a fim de promover um enfrentamento mais leve e humano ao processo de terminalidade.

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o impacto que a assistência psicológica em enfermagem exerce nos cuidados dispensados aos pacientes terminais. Desta maneira, busca-se entender como os cuidados de enfermagem voltados a esfera psicológica do paciente fora de perspectiva de cura terapêutica podem influenciar a qualidade da própria assistência paliativa a tais indivíduos, garantindo maior integralidade e humanização no atendimento ao público.

Neste contexto, Gonçalves e Leal (2019, p. 187) ressaltam que a assistência de enfermagem paliativa exige um conjunto de cuidados especiais, desenvolvidos especificamente para pacientes em situação terminal e seus respectivos familiares, não se resumindo meramente ao controle de sintomas físicos e dor crônica, mas também o tratamento de questões psicológicas, emocionais e sociais, com base no diálogo aberto, comunicação e empatia entre todos os envolvidos, favorecendo a construção de um processo digno e humanizado, garantindo maior tranquilidade em uma etapa tão delicada da vida quanto a própria finitude.

Além disso, foram estabelecidos objetivos específicos para delimitar de maneira adequada a temática, sendo estes entender o cuidado paliativo e suas principais práticas, descrever a importância da equipe multidisciplinar de assistência paliativa e o papel do enfermeiro no cuidado e, por fim, compreender a importância da assistência psicológica na prestação de cuidados dispensados a pacientes terminais.

Assim, aponta-se que visando a oferta de atendimento digno ao paciente em situação terminal, a compreensão holística do paciente por parte da equipe

multidisciplinar é fundamental. Com isso, busca-se compreender o indivíduo não apenas por sua doença, mas também pela dimensão dos danos que o adoecimento foi capaz de causar em sua esfera pessoal e coletiva, objetivando a elaboração de ações de tratamento pautadas pela minimização de tais questões e o favorecimento de uma assistência resolutiva e humanizada. (FIGUEIREDO, 2010, p. 90).

O entendimento sobre os aspectos psicológicos dos cuidados dispensados aos pacientes terminais é indispensável para que seja possível compreender adequadamente a importância da assistência integral ofertada ao indivíduo sem perspectiva de cura terapêutica, favorecendo a atuação eficiente e humanizada do profissional enfermeiro que atua no cuidado paliativo. Diante disso, torna-se possível ainda entender as atuais práticas assistenciais implementadas durante a oferta de assistência paliativa, a fim de estimular um processo de análise e aprimoramento contínuo das técnicas e estratégias utilizadas, visando a oferta contínua de cuidados integrais e humanizados.

Desta forma, o artigo apresenta sua relevância ao permitir que o entendimento do cenário assistencial na atualidade estimule a revisão das principais práticas implementadas na assistência paliativa, destacando a relevância da inserção de assistência psicológica tanto para o paciente quanto para o profissional cuidador, a fim de garantir um processo assistencial pautado em princípios como integralidade, dignidade e humanização no atendimento ao público, favorecendo ainda a própria valorização e reconhecimento do profissional de enfermagem.

Logo, a compreensão acerca da relevância dos aspectos psicológicos na assistência paliativa é indispensável na elaboração de um modelo de cuidado paliativo cada vez mais humanizado e integral, favorecendo a melhoria significativa da qualidade de vida da assistência paliativa, beneficiando diretamente tanto pacientes quanto familiares. Com isso, possibilita-se a oferta de cuidados adequados, propiciando um processo de enfrentamento da terminalidade mais digno, ético e sobretudo, humanizado.

Este artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com fundamento em artigos científicos, obras, revistas e livros acadêmicos que abordam a temática proposta neste estudo. A escolha das obras selecionadas para sua elaboração busca aprofundar a compreensão acerca do tema em questão com base no ponto de vista de diferentes autores e pesquisadores, visando assim o entendimento amplo acerca do referido assunto.

Ademais, a pesquisa bibliográfica será elaborada por meio de um processo de revisão de literatura com base em pesquisa qualitativa, com seleção de artigos científicos e obras que tenham sido publicadas nas bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico, no período de 2014 a 2019, com seleção de catorze artigos relacionados ao tema com base nos seguintes descritores: Cuidados de Enfermagem, Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida, Intervenção Psicológica, Doente Terminal.

Como critérios de inclusão dos artigos científicos e obras selecionados, foram escolhidas aquelas em que pelo menos um dos autores possui formação acadêmica na área de saúde e com obras publicadas em revistas acadêmicas com ISSN. O artigo de revisão de literatura tem a previsão de seis meses, em que no primeiro e segundo mês foram realizados os levantamentos do referencial teórico; no terceiro e quarto mês realizou-se a revisão da literatura e, por fim, no quinto e sexto mês foram desenvolvidos os elementos pré-textuais e pós-textuais que dão composição ao estudo.

Ademais, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com base em revisão de literatura, na qual os autores abordam os respectivos dados e informações obtidas por meio do desenvolvimento de pesquisas bibliográficas, observando os aspectos mais relevantes encontrados por seus respectivos autores. Logo, buscou-se descrever os principais pontos da respectiva temática com base nas impressões, opiniões e pontos de vista de diferentes autores, garantindo maior aprofundamento nas questões desta obra.

A pesquisa qualitativa consiste no ideal de que existe um relacionamento singular entre o mundo real e o sujeito da pesquisa, que por sua vez não pode ser mensurado em estatísticas e números exatos. Nesse contexto, a interpretação acerca dos fenômenos observados e de seus significados são considerados como básicos em tais estudos, tendo em vista que o ambiente natural deve ser considerado como uma fonte direta de coleta de dados que são interpretados e possuem seus significados adequadamente atribuídos. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70).

Aspectos psicológicos dos cuidados dispensados aos pacientes terminais

No meio hospitalar, a morte pode ser considerada como uma realidade comum existente em quase todos os setores, sendo o processo de convivência com tal característica algo habitual em meios aos profissionais da área de saúde. Com isso, a oferta de instalações, tecnologia em meios adequados para tratamento de doenças graves e, por vezes, sem possibilidade de cura, constitui um importante recurso a ser garantido, visando a oferta de melhor qualidade de vida e assistência integral para pacientes diversos. (ROCHA *et al.*, 2017, p. 23; ROCKEMBACH; CASARIM; SIUEIRA, 2010, p.90).

Nesse contexto, Gonçalves e Santos (2019, p. 90) afirmam que constitui papel da equipe de enfermagem a promoção de atendimento individual e qualificado para cada indivíduo, tendo em vista o atendimento de suas necessidades e demandas de maneira efetiva e resolutiva. Nesse cenário, o enfermeiro estabelece um vínculo singular com seu paciente, sendo diretamente responsável pelo indivíduo sob sua tutela, passando a ter a responsabilidade de atender adequadamente seus anseios.

Igualmente, o profissional de enfermagem tem como foco a oferta de cuidado adequado ao ser humano, com base em procedimentos técnicos, assim como na sensibilização do tratamento com o próximo, exercendo suas responsabilidades com base em aspectos como agilidade, habilidade e potencial de estabelecimento de prioridades, visando a intervenção adequada e no momento certo para cada indivíduo sob sua tutela. (SILVERIAN; BRITO; PORTELLA, 2015, p. 94).

Sob o ponto de vista de Kóvacs (2014, p. 49), com um número cada vez maior de prognósticos com doenças agudas e crônicas ganhando destaque, observa-se a relevância dos avanços nas tecnológicas em saúde prevendo o aumento do tempo de sobrevivência da população. Ao olhar sob essa ótica, a oferta de assistência especializada torna-se cada vez mais importante visando a própria preservação da saúde humana.

Em outra perspectiva, durante o processo de enfrentamento de morte, o enfermeiro atua de modo ostensivo, enfrentando sentimentos diversos nos pacientes como medo, frustração, receio, insegurança que comumente não fazem parte do exercício laboral do enfermeiro, que deve ter um conjunto de aptidões técnica e pessoais para que seja capaz de lidar adequadamente com o processo de morte diário. (GONÇALVES; SANTOS, 2019, p. 101).

Diante disso, estudos desenvolvidos por Silva (2015, p. 91) e Santos e Bueno (2011, p. 91) reforçam que a oferta de mecanismos adequados para gerenciamento

de tais questões é fundamental objetivando a preservação da saúde humana, não apenas do profissional de enfermagem, como de pacientes e familiares.

Ademais, a busca por meios de promover a melhoria das ações de cuidado para pacientes com doenças sem possibilidade de cura terapêutica incentivou a melhor prática da assistência paliativa. O cuidado paliativo, por sua vez, passa a ter o intuito de permitir que o paciente terminal tenha melhor qualidade de sobrevivência, auxiliando familiares no enfrentamento do processo de adoecimento com base em assistência multidisciplinar. (PEREIRA; RIBEIRO, 2019, p.111).

Dessa maneira, Pereira e Ribeiro (2019, p. 111) apontam ainda que com elevação da expectativa de vida do povo, foi possível perceber um aumento do índice de doenças crônicas. Com isso, mesmo com o notável avanço medicinal, a abordagem de assistência paliativa tem sido utilizada em prol do paciente terminal, visando ofertar ao paciente sem perspectiva de cura qualquer ação que possa promover a melhora do cuidado.

Nesse mesmo contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve o cuidado paliativo como o conjunto de ações integrais e ativas ofertadas a pacientes que possuem doenças irreversíveis e progressivas, auxiliando ainda os familiares no processo de enfrentamento da terminalidade. Ademais, o cuidado é fundamental para aspectos com o controle da dor e oferta de alívio a sofrimento físico, psicológico, social e espiritual sentido por seus pacientes. (PEREIRA; RIBEIRO, 2019, p.111-112).

Além disso, o cuidado paliativo pode ser descrito ainda como um tipo de abordagem voltada a promoção de qualidade de vida de pacientes que apresentam doenças evolutivas, crônicas ou progressivas, responsáveis por ameaçar a continuidade de vida de tais indivíduos. Logo, a assistência tem como principais metas a realização de intervenções voltadas ao alívio da dor e do sofrimento, com base na identificação precoce de sinais e sintomas, além de avaliação e tratamento adequado para cada um dos problemas de ordem física, psicológica, social ou espiritual. (SOUZA, 2013, p.14; KUBLER-ROSS, 1996, p. 82)

Paralelamente, Costa e Ceolim (2010, p. 71) descrevem o cuidado paliativo como uma prática que se inicia no momento do estabelecimento de diagnóstico de doença terminal, com oferta de terapia visando o tratamento e controle da evolução da doença. Nesse sentido, a assistência não objetiva apenas o controle de sintomas, mas também de qualquer tipo de intercorrência que seja capaz de ocasionar o óbito do paciente, evidenciando a importância de métodos de abordagem e profissionais qualificados.

Em síntese, a assistência paliativa tem como principal objetivo compreender o conjunto de complicações e sintomas decorrentes de doenças terminais, a fim de diminuir a velocidade de evolução da doença. Dessa forma, o especialista em assistência paliativa atua como membro integrante de uma equipe multidisciplinar, voltada exclusivamente a oferta de melhor qualidade de sobrevivência ao paciente terminal. (PEREIRA; RIBEIRO, 2019, p.111-112).

Por todos esses aspectos, Fernandes *et al.* (2013, p. 47) definem que o cuidado paliativo é responsável pela promoção de assistência humanizada de maneira integral não apenas ao paciente, mas a familiares e amigos, visando a oferta de cuidado inclusive no processo de luto de tais indivíduos, com base em ações que objetivam a redução do anseio e da angústia ocasionado por um momento tão temido por qualquer ser humano.

Além disso, o paciente em assistência paliativa pode ser descrito como o indivíduo que não possui indicação para tratamento terapêutico em busca de cura, uma vez que o seu prognóstico de vida varia entre dias e meses. Nos estágios finais

de qualquer doença terminal, o paciente apresenta um conjunto de sintomas físicos e psicológicos específicos, responsáveis por evidenciar sua situação de terminalidade irreversível. (FERRIAN; PRADO, 2017, p. 591; CAMPBELL, 2011, p. 591).

Para Gois e Maranhão (2019, p. 88), a oferta de assistência paliativa também deve ser pautada por uma postura bioética adequada por parte de profissionais da área de saúde, bem como posicionamentos políticos voltados a defesa do processo de saúde adequado acolhimento da população, visando o atendimento integral e humano de cada indivíduo que busca por assistência e não tem mais possibilidade de cura terapêutica.

Sendo assim, a enfermagem, como profissão, tem como principal intuito a promoção de cuidados indispensáveis à preservação e promoção da saúde humana, sendo assim, deve ser capaz de ofertar assistência pautada em pilares bioéticos durante o cuidado paliativo.

Outro relevante assunto é abordado em pesquisas de Franco *et al.* (2017, p. 49), que destacam que a bioética tem sido uma ciência que ganha cada vez mais espaço na sociedade contemporânea, com inúmeros temas inerentes a própria vida e saúde humana. Com base nisso, torna-se fundamental que seja estabelecido um papel cada vez mais claro do profissional enfermeiro durante a prestação de assistência paliativa, uma vez que ao enfrentar diariamente o processo de morte e luto, bem como de finitude da vida, o estabelecimento de responsabilidades torna-se cada vez mais relevante para melhoria dos serviços de saúde prestados.

Nessa perspectiva, a assistência ofertada ao paciente deve ser amplamente fortalecida por parte de instituições de saúde, por meio de ações como estímulo a capacitação continuada de profissionais atuantes em tal área, assim como na oferta de tecnologia e instalações adequadas para assistência (MENIN; PETTENON, 2015, p. 159). Nesse contexto, a garantia de suporte psicológico para profissionais da área de saúde que lidam diariamente com processo de morte e luto é fundamental para preservação e manutenção da boa saúde dos colaboradores. (CARDOSO, 2013, p. 74).

Dessa forma, Oliveira (2008, p. 51) reforça que para que a assistência paliativa seja cada vez mais integral e capaz de ofertar uma morte humanizada, atendendo todas as necessidades e demandas do paciente, deve existir a participação de diferentes especialidades na construção do cuidado, o que por sua vez, compõe a equipe multidisciplinar tão abordada na temática, visando suprir adequadamente quaisquer tipos de necessidades apresentadas por pacientes e familiares, tencionando a preservação e promoção da qualidade de vida de todos os envolvidos.

Ainda nesse viés contextual, nota-se que ao tratar da assistência paliativa, observa-se o conjunto de emoções, crenças e valores que permeiam a temática, sendo indispensável o seu amplo debate no meio da saúde, a fim de que profissionais sejam cada vez mais conscientes da relevância do seu papel e da importância de sua atuação no bem-estar de pacientes, amigos e familiares que sofrem com um diagnóstico de doença terminal. (MARKUS *et al.*, 2017, p. 75).

De acordo com Cordeiro *et al.* (2013, p. 547), a OMS preconiza que constitui papel dos profissionais de enfermagem alterar o enfoque terapêutico sempre que evidenciarem a progressão de doença para estágio terminal, bem como a impossibilidade de cura terapêutica para determinado paciente, visando o enfoque na oferta de melhor qualidade de sobrevivência e humanização no atendimento.

Nesse mesmo contexto, define-se que o cuidado paliativo ocorre em quatro fases distintas, sendo elas precoce, complementar, predominante e exclusivo, cada uma com um objetivo dentro do processo assistencial, a fim de classificar

adequadamente o paciente e melhor orientar as ações que serão tomadas pela equipe de saúde. (SILVA, 2014, p. 547).

Ainda quanto ao diagnóstico, Franco e Ogradowski (2013, p. 78) notam que este não se resume apenas a um direcionamento do fim da vida do paciente, uma vez que existe um conjunto de possibilidades que podem ser ofertadas tanto para o paciente quanto para seus respectivos familiares. Com isso, nota-se a importância do processo de humanização durante a prestação de atendimento, visando primordialmente a promoção da qualidade de vida do paciente, com dignidade e segurança.

Portanto, uma vez que o paciente sem possibilidade de cura terapêutica passa a depender da assistência paliativa, para que possa viver com qualidade de vida e dignidade, a atuação do profissional enfermeiro demonstra-se indispensável, atuando diretamente como elo de ligação entre todos os envolvidos tendo em vista a promoção de qualidade de vida, alívio da dor e sintomas diversos, manutenção do conforto, cuidado humanizado e comunicação efetiva. (MARKUS *et al.*, 2017, p. 79).

Por outro lado, ressalta-se que visando garantir maior qualidade de vida ao paciente, bem como conforto, dignidade e bem-estar, a assistência paliativa deve ser centralizada no paciente, integrando concomitantemente amigos e familiares, objetivando a valorização das necessidades e demandas do indivíduo de maneira individual a fim de atender adequadamente seus anseios e desejos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 226).

Dessa maneira, Connor e Bermedo (2014, p. 226) apontam ainda que o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a oferta de financiamento, estímulo a capacitação profissional e garantia de instalações, meios e mecanismos adequados para oferta do cuidado paliativo é fundamental para que seja elevada cada vez mais a própria qualidade dos serviços ofertados em instituições de saúde diversas.

Diante do exposto, o próprio fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, além de demais políticas voltadas ao tratamento específico de doenças terminais constitui aspecto fundamental para melhora do cenário assistencial contemporâneo, favorecendo também a capacitação profissional de todos os indivíduos que atuam na equipe multidisciplinar responsável pela oferta de assistência paliativa. (ATTY; TOMAZELLI, 2018. p. 234).

Segundo Nunes (2012, p. 113), ao tratar da equipe multidisciplinar atuante em cuidados paliativos, cabe apontar a importância do psicólogo, responsável por permitir um adequado processo de comunicação entre todos os membros da equipe. Com isso, busca-se principalmente trazer mais objetividade e clareza ao seu próprio trabalho, visando permitir conhecer as particularidades e especialidades dos demais membros como o propósito de traçar planos efetivos na assistência ao paciente.

Com isso, destaca-se a comunicação como um elemento indispensável no desenvolvimento das relações humanas e a própria atividade de cuidado. Logo, uma vez que o paciente tem o desejo de ser adequadamente entendido em suas necessidades e demandas, torna-se fundamental que seja possível transmitir todos os seus anseios e dificuldades, a fim de que tais aspectos possam ser solucionados e adequadamente atendidos, garantindo um atendimento mais seguro e resolutivo por parte da equipe multidisciplinar. (FRANCO, 2010, p. 113).

Em outro contexto, Silva, Amaral e Mallaguti (2013, p. 597) afirmam que é indispensável a oferta de assistência psicológica e emocional para pacientes e familiares, uma vez que sentimentos diversos podem ser evidenciados durante o enfrentamento de doenças terminais. Dessa maneira, considerar aspectos como medo, tristeza, sofrimento, desesperança e impotência constitui um requisito

fundamental para que a equipe multidisciplinar seja capaz de gerenciar tais sensações com o intuito de promover um enfrentamento mais leve e humano ao processo de terminalidade.

Além disso, ao lidar com os diferentes obstáculos provenientes de abordagem e manejo de cada sentimento específico, torna-se ainda mais importante o adequado processo de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, para que cada uma de suas habilidades sejam utilizadas em prol da oferta de melhor assistência paliativa tanto para pacientes quanto para seus respectivos familiares. (MEYER *et al.*, 2015, p. 597).

Dessa forma, Passarelles, Rios e Santana (2019, p. 597) reforçam que é fundamental o acompanhamento por parte da equipe assim que há o diagnóstico, a fim de intervir de maneira ativa no tratamento de sintomas e sinais físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Com isso, busca-se uma atuação eficiente e resolutiva por parte de profissionais de enfermagem e demais indivíduos da área de saúde, com o objetivo de elevar a própria qualidade do cuidado paliativo ofertado.

Ao considerar tais aspectos, observa-se a importância do estabelecimento de um processo de padronização de linguagem entre profissionais da área de saúde, visando a identificação de respostas humanas complexas diante de situações de crise, a fim de que seja possível gerenciar cada um dos obstáculos subsequentes. (COSTA; LIMA, 2005, p. 159).

Nesse sentido, Passarelles, Rios e Santana (2019, p. 598) entendem que a relevância da assistência paliativa de cada um dos profissionais componentes da equipe multidisciplinar de atendimento constitui requisito indispensável a própria eficiência que sua atuação terá na vida do paciente terminal e de seus respectivos familiares.

Sob outra perspectiva, pode-se apontar a psicologia em saúde como um ramo que trata dos aspectos psicológicos da assistência em saúde, visando prevenir o processo de adoecimento e favorecer o tratamento de doenças diversas. Nessa perspectiva, o psicólogo exerce papel fundamental, atuando em equipe interdisciplinares tencionando o estabelecimento de ações e metodologias de intervenção com pacientes, familiares e profissionais de saúde, tanto em ordem individual quanto coletiva, a fim de ofertar maior efetividade das ações realizadas por todos os membros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016, p. 82)

Deste modo, Silva (2014, p. 83) afirma que a atuação do psicólogo pode ser extremamente importante no estabelecimento de maior integralidade nas ações de cuidado ao paciente, bem como garantir melhor qualidade de vida para amigos e familiares que acompanham todo o processo. Logo, o cuidado psicológico deve promover a facilitação das relações desenvolvidas entre a equipe de saúde, paciente e familiares, favorecendo a melhor comunicação, assim como o atendimento das necessidades e demandas de todos os envolvidos.

Com isso, ressalta-se ainda que a intervenção psicológica demonstra sua relevância por meio da oferta de atendimento adequado dos anseios populacionais nas redes de saúde, constituindo um verdadeiro lugar de escuta visando a ressignificação do processo de morte e o favorecimento de um enfrentamento de situações de complexidade de maneira mais saudável e humana. (SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010, p. 87).

Diante do exposto, Nascimento *et al.* (2013, p. 555) destacam a dificuldade apresentada por profissionais de saúde no enfrentamento de sentimentos diversos durante a prática de assistência paliativa, sendo indispensável a oferta de mecanismos por parte das instituições de saúde que possibilitem a preservação e

promoção da saúde psicológica e emocional de todos os membros da equipe multidisciplinar.

Com isso, nota-se ainda a carência de disciplinas que abordem de maneira satisfatória a temática de assistência paliativa durante o processo de formação de profissionais de enfermagem, evidenciando a importância de uma correção nos aspectos atuais de ensino. Dessarte, um adequado processo de reformulação de currículos dos cursos de graduação na área de saúde é fundamental, visando a implementação de ações que sejam capazes de qualificar adequadamente os futuros profissionais atuantes em tais áreas. (MOTA; CRUZ; BARRETO, 2018, p. 47).

Segundo Almeida e Melo (2018, p. 557), ao adotar como principais pilares a integralidade e humanização no atendimento, a assistência paliativa tem como objetivo promover a elaboração de abordagens que sejam cada vez mais resolutivas para pacientes e familiares. Com isso, nota-se ainda a importância de ampliação dos conhecimentos técnicos e científicos acerca do cuidado paliativo, tendo em vista conscientizar um número cada vez maior de profissionais da área de saúde, assim como toda a sociedade, visando o emprego de ações de humanização e dignidade durante o processo de terminalidade.

Dessa forma, aponta-se que o cuidado ao paciente oncológico requer grande preparo e entrega por parte do profissional de saúde, com base no desenvolvimento de ações de acolhimento e segurança, tencionando o estabelecimento de vínculos que possibilitem a resolução de situações diversas do paciente e seus familiares. Todavia, os profissionais devem ser capazes de atuar adequadamente sem demasiado envolvimento, visando a preservação de sua saúde psicológica e emocional, com base na elaboração de ações de enfrentamento adequadas. (LUZ *et al.*, 2016, p. 54).

Por outro lado, Silva e Moreira (2011, p. 56) afirmam que ao observar a complexidade das ações de cuidado ofertadas na assistência paliativa, evidencia-se ainda a importância da valorização e do reconhecimento dos profissionais atuantes na equipe multidisciplinar de atendimento.

Sendo assim, objetivando a oferta de atendimento digno ao paciente em situação terminal, a compreensão holística do paciente por parte da equipe multidisciplinar é fundamental. Com isso, busca-se compreender o indivíduo não apenas por sua doença, mas também pela dimensão dos danos que o adoecimento foi capaz de causar em sua esfera pessoal e coletiva, visando a elaboração de ações de tratamento pautadas pela minimização de tais questões e o favorecimento de uma assistência resolutiva e humanizada. (FIGUEIREDO, 2010, p. 90).

Nesse contexto, Picollo e Fachini (2018, p. 90) apontam que a equipe multidisciplinar, principalmente o enfermeiro, tem a tarefa de transmitir a segurança que o paciente precisa durante o processo de enfrentamento da doença. Assim, atua não apenas na oferta de ações com base na promoção do alívio de sintomas e controle da dor, mas também no cuidado psicológico e emocional do paciente, garantindo maior dignidade e humanização no atendimento.

Diante disto, torna-se importante reconhecer diversas práticas de promoção de conforto para o paciente, tendo em vista a oferta de melhor qualidade de sobrevivência. Com isso, busca-se principalmente preservar a autonomia do indivíduo em relação ao processo de tomada de decisão, visando ainda reduzir a dor ocasionada por ações ou procedimentos invasivos, a fim de preservar a própria dignidade humana durante o enfrentamento da terminalidade. (SILVA *et al.*, 2013, p. 42).

Para Castro *et al.* (2016, p. 52), outra grave dificuldade encontrada durante o processo de cuidado paliativo se refere ao modo como as equipes de saúde são

tratadas pelas instituições nas quais trabalham, uma vez que ao mesmo tempo em que devem promover a autonomia do paciente sob assistência, também devem ser assistidas visando sua preservação e capacidade de atendimento.

Com isso, a valorização e reconhecimento profissional são fundamentais, objetivando a oferta de todos os mecanismos necessários para que profissionais da área de saúde possam atuar com contínua eficiência, resolutividade e humanização durante a oferta de assistência paliativa. (OLIVEIRA; SILVA, 2010, p. 51).

Logo, Gonçalves e Silva (2019, p. 210) observam que quando não há a possibilidade de cura terapêutica, torna-se inevitável o processo de enfrentamento com a morte, o que por sua vez, causa um conjunto de transformações psicológicas e emocionais em todos os envolvidos.

Dessa maneira, nota-se o impacto que tal processo pode exercer em tais profissionais, explorando suas vulnerabilidades pessoais e nutrindo sentimentos de incapacidade e frustração, por vezes, sendo indispensável que a instituição hospitalar seja capaz de ofertar os meios adequados de enfrentamento e gerenciamento de tais questões. (SANTANA *et al.*, 2013, p. 181).

Segundo Magalhães *et al.* (2018, p. 186), enfermeiros que vivenciam continuamente tais sentimentos tornam-se comumente frustrados e incapazes de exercer sua profissão com excelência, em especial quando não possuem a capacitação e formação adequada.

Nesse contexto, o desenvolvimento de aptidões técnicas, pessoais e profissionais por parte de tais indivíduos é fundamental para que possam reconhecer seu papel no processo de enfrentamento da terminalidade e garantia de qualidade de vida para o paciente e seu respectivo familiar, sendo a morte inevitável não um atestado de sua incapacidade, mas sim algo natural, a ser enfrentado, mas, sobretudo, com dignidade e humanização, características que por sua vez podem ser estimuladas e implementadas por tais indivíduos. (BASTOS *et al.*, 2019, p. 186).

Ainda nessa perspectiva, Gonçalves e Leal (2019, p. 187) ressaltam que a assistência de enfermagem paliativa exige um conjunto de cuidados especiais, desenvolvidos especificamente para pacientes em situação terminal e seus respectivos familiares, não se resumindo meramente ao controle de sintomas físicos e dor crônica, mas também ao tratamento de questões psicológicas, emocionais e sociais, com base no diálogo aberto, comunicação e empatia entre todos os envolvidos, favorecendo a construção de um processo digno e humanizado, garantindo maior tranquilidade em uma etapa tão delicada da vida quanto a própria finitude.

Por outro lado, aponta-se que o cuidado paliativo deve ser exercido em um ambiente especificamente voltado para tal finalidade, sendo este a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O local é comumente conhecido como um dos mais agressivos de qualquer instituição hospitalar, tendo em vista a natureza das ações assistenciais exercidas. Nessa perspectiva, aponta-se entre os principais responsáveis pelo estresse ocupacional, a falta de preparo para enfrentamento das situações adversas recorrentes no setor, bem como a ausência do próprio aprimoramento profissional para lidar com situações extremas como a morte e o luto. (FOGAÇA *et al.*, 2008, p. 201).

Desse modo, destaca-se que locais responsáveis por maior nível de tensão e estresse interferem de maneira cada vez mais efetiva em relacionamentos interpessoais, tendo em vista o conjunto de emoções que despertam e a intensa oscilação entre sensações de sucesso e fracasso, em especial, quando é ou não é possível salvar determinado paciente, causando por consequência sentimento de

impotência, insegurança e inadequação dos membros da equipe multidisciplinar de atendimento. (FOGAÇA *et al.*, 2008, p. 201).

Diante disso, Santos, Oliveira e Moreira (2006, p. 208) afirmam que ao observar a extensão do desgaste físico e psicológico dos profissionais da equipe multidisciplinar, principalmente quando atuam no ambiente de UTI, evidenciam-se a complexidade e o estresse do trabalho diário com pacientes em assistência paliativa ou sob extrema condição de debilidade.

Portanto, tratar da saúde física, psicológica e emocional dos membros da equipe multidisciplinar de atendimento constitui aspecto indispensável para melhoria da qualidade dos serviços ofertados ao paciente crítico e seus respectivos familiares. Já que comumente o profissional de saúde se coloca no lugar do indivíduo sob sua assistência, desenvolvendo sentimentos de empatia e ligação emocional, que são importantes, mas devem ser controlados, lidando ainda com quadros instáveis de saúde e vários casos de sentimento de impotência e insegurança em relação à tomada de decisões. (MARTINS *et al.*, 2014, p. 208).

Sendo assim, ao considerar tudo o que já foi exposto, aponta-se que o processo de enfrentamento da morte no cotidiano deve ser adequadamente desenvolvido por parte dos profissionais de enfermagem, tencionando a preservação de sua saúde psicológica e emocional (VIERO *et al.* 2012, p. 168; SOUZA *et al.*, 2009, p. 168). Nesse sentido, saber lidar adequadamente com sentimentos provocados pela morte de pacientes, bem como em virtude da dificuldade de enfrentar as sensações decorrentes da finitude da vida humana é fundamental, visando a superação do sentimento de fracasso e impotência, assim como a percepção de que cabe ao profissional de enfermagem fazer tudo o que estiver ao seu dispor tendo em vista a melhor oferta de assistência ao indivíduo sob sua responsabilidade, salvando sua vida quando possível, ou ao menos preservando-lhe sua dignidade e ofertando um atendimento humanizado em situações nas quais não existe a possibilidade de cura terapêutica. (POLES; BOUSSO, 2006, p. 167).

Dessa maneira, Kovacs (2008, p. 171) afirma que compreender as reações psicológicas de profissionais, pacientes e familiares constitui aspecto indispensável para superação dos principais obstáculos impostos pela oferta continuada de assistência paliativa.

Com isso, o estímulo a capacitação continuada e aprimoramento técnico, profissional e pessoal constituem aspectos fundamentais para melhor oferta das ações de cuidado, bem como enfrentamento de situações adversas como a morte, terminalidade e finitude da vida humana. (GONÇALVES; SIMÕES, 2019, p. 177).

Diante do exposto, Souza e Almeida (2012, p. 171) destacam a importância da observação das reações psicológicas apresentadas por profissionais de enfermagem durante a oferta de assistência, visando oferecer ao indivíduo os mecanismos necessários de cuidado próprio e profissional. Sendo assim, garantir a oferta de qualidade de vida não apenas para o paciente, mas também para o cuidador, pode ser um fator primordial na boa continuidade dos serviços de assistência oncológica, permitindo que cuidadores desenvolvam vínculos com pacientes e familiares, favorecendo a prestação de assistência humanizada, ao mesmo tempo em que se promove o seu autocuidado de maneira efetiva. (SILVA *et al.*, 2015, p. 157).

Ademais, ressalta-se a importância de que o tratamento ofertado para profissionais de enfermagem atuantes nos ambientes de cuidados paliativos seja constantemente revisado e reavaliado, visando a oferta de mecanismos adequados para preservação integral de sua saúde. Além disso, cabe apontar que é bastante comum encontrar diversos profissionais da equipe multidisciplinar que apresentam

forte insegurança, receio e incerteza durante a oferta de assistência, aspecto que por sua vez por ser responsável por impactar diretamente sua própria qualidade de vida, sendo fundamental assim o estímulo a preservação e promoção de sua própria saúde, visando por consequência impactar positivamente a própria qualidade das ações assistenciais ofertadas por tais indivíduos. (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016, p. 160).

Por fim, estudos publicados por Barros e Gonçalves (2019, p. 163) relatam que ao compreender o processo de adoecimento e morte como algo natural e contínuo, a implementação de assistência paliativa pode ser realizada de maneira adequada, ainda que esta seja considerada como complexa e dificultosa, a fim de promover a melhor qualidade de vida do paciente sob cuidados assim como de seus respectivos familiares e amigos. Portanto, ressalta-se uma vez mais a importância do processo de capacitação e treinamento de profissionais, para que sejam capazes de lidar com quaisquer tipos de obstáculos encontrados durante a oferta de assistência paliativa, possibilitando assim que possam preservar sua saúde, assim como exercer influência positiva no processo de enfrentamento da terminalidade de pacientes e familiares, garantindo maior integralidade, segurança, dignidade e humanização no atendimento.

Considerações Finais

Este estudo analisou os aspectos psicológicos dos cuidados dispensados aos pacientes terminais. Dessa maneira, destacou-se que durante a oferta de assistência paliativa, o profissional enfermeiro deve ser capaz de ofertar ações pautadas pela integralidade, resolutividade e humanização no atendimento ao público, por meio da implementação de medidas que favoreçam o atendimento de suas necessidades e demandas não apenas na esfera física, mas incluindo também o caráter psicológico, e, além dele, o emocional e espiritual.

Dessa forma, o problema investigado no artigo foi como a inclusão de cuidados psicológicos dentro da assistência paliativa favorece a melhor qualidade do serviço assistencial ofertado a pacientes sem perspectiva de cura terapêutica. Foi adotada como hipótese a premissa de que a assistência psicológica dentro do cuidado paliativo é indispensável para garantir integralidade, resolutividade e eficiência no atendimento ao paciente terminal. Nesse sentido, tal hipótese foi confirmada na medida em que se constatou como a oferta de assistência psicológica constrói um modelo de cuidado que atende adequadamente as necessidades do paciente e seus respectivos familiares, ofertando mais conforto, dignidade e favorecendo o processo de enfrentamento da terminalidade por todos os indivíduos.

Ademais, o objetivo geral compreendeu o impacto do cuidado psicológico ofertado pelo profissional de enfermagem na assistência prestada para pacientes terminais. Com os objetivos específicos possibilitou-se o entendimento acerca do cuidado paliativo, a relevância da equipe multidisciplinar de atendimento na oferta de assistência paliativa e a importância da assistência psicológica durante a prestação de cuidados para os pacientes terminais.

O artigo demonstrou sua importância para o profissional da área de enfermagem na medida em que permitiu o entendimento acerca da relevância da garantia de assistência psicológica a pacientes terminais e o papel do enfermeiro na construção de um modelo assistencial pautado por maior integralidade, resolutividade e humanização do atendimento. Desse modo, foi relevante para a ciência ao permitir a análise do atual cenário de assistência paliativa e estimular o aprimoramento

continuado das práticas assistenciais ofertadas para pacientes terminais. E por fim, agregou a sociedade pela possibilidade de melhora do cuidado paliativo ofertado a pacientes sem perspectiva de cura terapêutica, favorecendo a melhoria contínua da assistência paliativa e oferta de conforto, dignidade e humanização em um momento tão delicado quanto a terminalidade.

Diante disso, concluiu-se que a assistência paliativa pautada na oferta de cuidado psicológico constitui elemento indispensável para construção de um modelo assistencial mais digno e humanizado. Além disso, torna-se indispensável que profissionais enfermeiros tenham a capacitação adequada para construção de um cuidado paliativo mais integral, ao mesmo tempo em que devem ser capazes de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde visando o atendimento das necessidades do paciente terminal e seus familiares em todas as esferas possíveis.

Portanto, seria interessante o estímulo a realização de outros estudos acerca do tema abordado, possibilitando conseqüentemente um aprofundamento maior dentro do respectivo assunto, compreendendo a importância do profissional de enfermagem na oferta de assistência paliativa e a relevância da construção de mecanismos de cuidado psicológico ao paciente terminal, visando a melhora da qualidade do processo assistencial ofertado. Com isso, seria possível ainda promover maior reconhecimento e valorização profissional, uma vez que a oferta de ações assistenciais cada vez melhor favorece não apenas o maior nível de satisfação do paciente, como também permite a construção de um modelo de cuidado mais digno e humanizado.

Referências

ALMEIDA, F.A.; MORAES, M.S.; CUNHA, M.L.R. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. **Revista Esc. Enfermagem**, v. 50, n. esp., 2016.

ALMEIDA, H.R.A.; MELO, C.F. Práticas de ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Enfermería Global**, v. 51, n. 1, 2018.

ATTY, A.T.M.; TOMAZELLI, J.G. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, 2018.

BARROS; K.G.G.; GONÇALVES, J.R. Aspectos psicológicos que envolvem os cuidados paliativos pediátricos. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, 2019.

BASTOS, R.A.; QUINTANA, A.M.; CARNEVALE, F. Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico- Qualitativo. **Trends Psychol.**, v.26, n. 2, 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n. 03/2016. Altera a Resolução CFP n. 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro, 2016.

CAMPBELL, M.L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Mcgraw Hill; 2011.

CARDOSO, D.H.; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I.C.O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013.

CASTRO, M.C.; FULY, P.S.; GARCIA, T.R.; SANTOS, M.L. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. **Acta Paul Enfermagem**, v.29, n. 3, 2016.

CONNOR, S.R.; BERMEDO, M.C.S. **Worldwide Palliative Care Alliance**, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.

CORDEIRO, F.R.; BEUTER, M.; ROSO, CC.; KRUSE, M.H. Pain and the dying process: nurses' perspectives using the creative and sensible method. **Brazilian J. Nursing**, v. 12, n. 1, 2013.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2005.

COSTA, T.F.; CEOLIM, M.F. Enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2010.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em paciente com câncer terminal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 9, 2013.

FERRIAN, A.M.; PRADO, B.L. **Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos**. São Paulo: Dendrix; 2017.

FIGUEIREDO, M.T.S. O sentido da vida na terminalidade humana. **Revista Mundo Saúde**, v. 4, n. 34, 2010.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; CITERO, V.A.; MARTINS, L.N. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 1, 2008.

FRANCO F.J.; OGRADOWSKI, K.R.P. O saber e o fazer da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos à criança hospitalizada. **3º Joint PUCPR**, v. 3, n. 1, 2013.

FRANCO, H.C.P.; STIGAR, R.; SOUZA, S.J.P.; BURCI, L.M. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, 2017.

FRANCO, M.H.P. (org). **Formação e rompimento de vínculos**: o dilema das perdas na atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

GONÇALVES, J.R.; LEAL, A. A importância do enfermeiro no processo morrer no cotidiano dos familiares de pacientes terminais. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, 2019.

GONÇALVES, J.R.; SANTOS, M.A. O envolvimento emocional da equipe de enfermagem no processo de morte de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, 2019.

GONÇALVES, J.R.; SILVA, A.R. A saúde emocional da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista JRG de Estudos Acadêmico**, v. 2, n. 4, 2019.

GONÇALVES, J.R.; SIMÕES, J.R.S. A percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5, 2019.

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

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

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

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

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

GOIS, A.C.R; MARANHÃO, J.H. Psicologia e cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista SANARE**, v. 18, n. 1, 2019.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 458-468. 2008

KOVÁCS, M. J. **Educação para morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LUZ, K.R. et al. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3369-3376, 2016.

MARKUS, L.A.; BETIOLLI, S.E.; SOUZA, S.J.P.; MARQUES, F.R.; MIGOTO, M.T. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. **Revista Gestão e Saúde**, v. 17, n. 1, 2017.

MARTINS, J.T. et al. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 4, 2014.

MAGALHÃES, A.L.P.; ERDANN, A.L.; SOUSA, F.G.M.; LANZONI, G.M.M.; SILVA, E.L.; MELLO, A.L.S.F. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 39, 2018.

MELO, A.C.; VALERO, F.F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 3, 2013.

MENIN, G.E.; PETTENON, M.K. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, 2015.

MEYER, F.; FLETCHER, K.; PRIGERSON, H.G.; BRAUN, I.M.; MACIEJEWSKI, P.K. Advanced cancer as a risk for major depressive episodes. **Psychooncology**, v. 24, n. 9, 2015.

MOTA, F.B.S.; CRUZ, A.C.S.; BARRETO, J.R.S. O conhecimento da enfermagem em cuidados paliativos no paciente oncológico: uma revisão integrativa. **Journal of Health Connections**, v. 3, n. 2, 2018.

NASCIMENTO, D.M. et al. Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (orgs). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2012.

OLIVEIRA, A.C.D.; SILVA, M.J.P.D. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul enfermagem**, v. 23, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, R.A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Cremesp; 2008.

PASSARELLES, D.M.A.; RIOS, A.A.; SANTANA, R.F. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. **Revista Enfermería Global**, v. 55, n. 1, 2019.

PEREIRA, C.A.; RIBEIRO, J.F.S. Cuidados paliativos: reflexões sobre a psicologia e os cuidados paliativos para pacientes e familiares. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, sup. 111-115, 2019.

PICOLLO, D.P.; FACHINI, M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, 2018.

POLES, K; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 207-13, 2006.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo/RS: FEEVALE, 2013.

ROCHA, D.D.; NASCIMENTO, E.C.; RAIMUNDO, L.P. et al.. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Mental**, v. 11, n. 21, 2017.

ROCKEMBACH, J.V.; CASARIM, S.T.; SIUEIRA, H.C.H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: Sentimentos e Estratégias de enfrentamento. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, 2010.

SANTANA, J.C.B.; SANTOS, A.V.; SILVA, B.R.; OLIVEIRA, D.C.A; CAMINHA, E.M.; PERES, F.S. et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, 2013.

SANTOS, J.K.; BUENO, S.M.V. Educação para a morte a docentes e discentes de Enfermagem: Revisão documental da literatura científica. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, 2011.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA, E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 4, 2006.

SILVA, A.F.; ISSI, H.B.; MOTTA, M.G.C; BOTENE, D.Z.A. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, 2015.

SILVA, C.F.; SOUZA, D.M.; PEDREIRA, L.C.; SANTOS, M.R.; FAUSTINO, T.N. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, 2013.

SILVA, J.A.C.D. O fim da vida: uma questão de autonomia. **Revista Nascer e Crescer**, v. 23, n. 2, 2014.

SILVA, M.C.B. Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI. **Rev. Online**, v. 1, n. 1, 2015.

SILVA, M. M; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

SILVA, R.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013.

SIMINO, G.P.R.; SANTOS, C.B.; MISHIMA, S.M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, 2010.

SILVEIRAN, B.L.C.; BRITO, M.B.; PORTELLA, S.D.C. Os sentimentos gerados nos(as) profissionais enfermeiros(as) diante do processo de morte/morrer do paciente. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2015.

SOUZA, A. A; ALMEIDA, L. C. V. **Reflexões da enfermagem sobre a morte e o morrer na oncologia**. 2012. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena: UNIPAC, 2012.

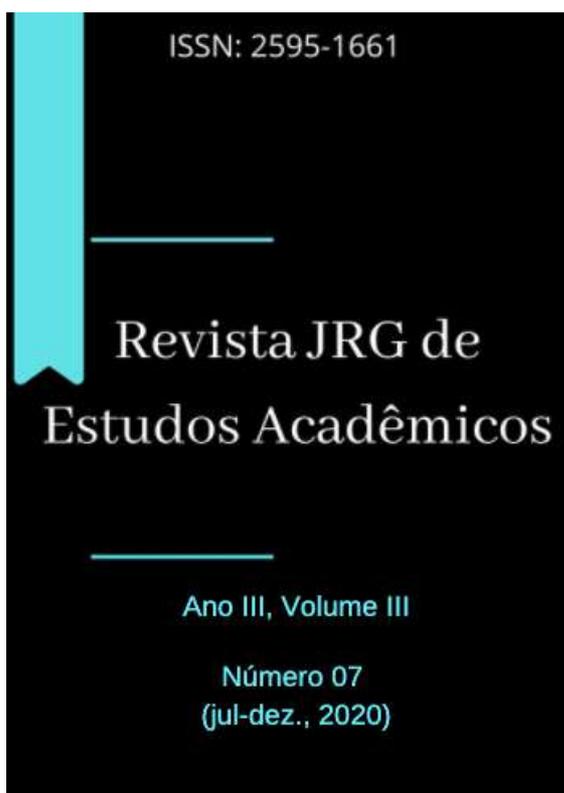
SOUZA, A.R.B. O fazer do psicólogo na saúde. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n. 2, 2013.

SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41. 2009.

UGARTE, O. **Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS**. [monografia]. [Brasília, DF]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.

VIERO, M.D. et al. **O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência**. II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA, 2012

World Health Organization. **Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care** [internet]. World Health Organization; 2014 [acesso em 2017 mar 3].



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **20/10/2020**

Data de reformulação: **24/10/2020**

Data do aceite: **01/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4247695>

Publicado: **2020-11-05**

O CONCEITO DE “FAMÍLIA” ABORDADO NAS ELEIÇÕES DE 2018: UMA ANÁLISE DAS NARRATIVAS

THE CONCEPT OF "FAMILY" ADDRESSED IN THE 2018 ELECTIONS: AN ANALYSIS OF NARRATIVES

*André Felipe Rosa¹
Maria Alexina Ribeiro²*

Resumo

O presente artigo tem como foco o discurso sobre a “família” utilizado nas eleições presidenciais brasileiras de 2018. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, de objetivo exploratório e procedimento documental, com utilização de fonte primária. Para coleta do material de análise, foram levantados

¹ Cientista político graduado pela Universidade de Brasília, especialista em relações institucionais pelo Ibmec/DF e mestrando em psicologia pela Universidade Católica de Brasília

² Pós-doutorado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/Portugal. Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (1981), mestrado em Psicologia Social e da Personalidade (1987) e doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (1996). Tem especialização em Psicoterapia Conjugal e Familiar e Psicoterapia Sexual. Foi professora nos Programas de Graduação, Mestrado e Doutorado em Psicologia e no Curso de Especialização em Psicologia Jurídica da Universidade Católica de Brasília, onde supervisionou estágio, orientou trabalhos de final de curso e pesquisas de mestrado e doutorado e coordenou projetos de pesquisa na linha de pesquisa "Sistemas conjugais e familiares", de 1998 a 2019

todos os vídeos de Jair Bolsonaro no período de 2017 ao final do segundo turno das eleições presidenciais de 2018.

Palavras-chave: Eleições 2018. Teoria Sistêmica. Família Tradicional. Diversidade.

Abstract

This article focuses on the discourse on the "family" used in the Brazilian presidential elections of 2018. The study is classified as a qualitative research, of applied nature, exploratory objective and documentary procedure, using a primary source. To collect the analysis material, all videos of Jair Bolsonaro were collected in the period of 2017, at the end of the second round of the presidential elections of 2018.

Keywords: Elections 2018. Family Systems. Systemic Theory. Traditional Family. Diversity.

INTRODUÇÃO

A eleição presidencial de 2018, no Brasil, foi considerada por muitos analistas e psicólogos políticos amplamente atípica. As redes sociais foram preponderantes na obtenção de votos, e estratégias recentes, a despeito dos recursos de campanha para gastos com publicidade e pagamento de recursos humanos, tal como tempo satisfatório na televisão e na rádio, não se mostraram tão relevantes, a exemplo de outras eleições. Apesar das mudanças de paradigmas no que refere às estratégias de publicidade e coordenação de campanhas políticas, o marketing político não faz parte do foco de pesquisa deste ensaio.

A maximização de usuários nas redes sociais, incluindo pessoas mais idosas, fortaleceu os candidatos que tinham maior alcance tecnológico e grande volume de seguidores em redes como *facebook*, *twitter* e *instagram*. Assim, a eleição de 2018 rompeu com um velho modelo de marketing político, baseado em mídias televisivas e recursos vultosos de campanha. Apesar dos avanços positivos em relação à captura de informações nas redes sociais, esta abriu um precedente nocivo à democracia quando a informação passou a se transformar em *fake News*³ - o que afeta diretamente a forma como os eleitores enxergam os candidatos e concebem as suas ideias.

Um bom exemplo de boatos na internet foi a propagação de discurso de ódio contra o Programa Escola sem Homofobia, projeto idealizado por Fernando Haddad, à época ministro da educação no governo da presidente Dilma Rousseff, e representante do Partido dos Trabalhadores (PT) à presidência da república pelo Estado de São Paulo. A campanha de Bolsonaro apelidou o Programa Escola sem Homofobia como "kit-gay do Haddad". O referido projeto buscava defender e ensinar as crianças a conviverem com a diversidade no ambiente escolar; entretanto, este projeto foi desvirtuado e se tornou o principal alvo de ataques à candidatura petista pelo candidato do PSL, ao acusar o ex-ministro de tentar, deliberadamente, retirar a inocência das crianças, levando-as à libertinagem, ao comportamento contrário ao que pensa o movimento da igreja e os grupos

³ Boatos ou notícias falsas com o objetivo de distorcer as informações.

tradicionais. Apesar de toda a polêmica, o manual a que Bolsonaro se referia não teve a sua produção concluída, tampouco foi veiculada nas escolas.

O debate político em 2018 mostrou insuficiência em relação a temáticas multivariadas, a respeito de temas econômicos, políticos e sociais, direcionando a campanha para o modal familiar tradicionalista, privilegiando os valores ⁴pentecostais³, em detrimento de outras crenças, tais como as religiões de matizes africanas e espiritualistas. Ou seja, a família heteronormativa e o conservadorismo ganhou o foco do núcleo discursivo de Bolsonaro, que veio a se eleger no segundo turno.

O resultado final da eleição evidenciou a quantidade de políticos consagrados que viram as suas carreiras políticas serem interrompidas face a uma busca por supostos *outsiders*³ fora do *stablishment*⁵ político, visando uma possível renovação na classe política brasileira. A exemplo, após duas décadas no parlamento, o presidente do Senado Federal, senador Eunício Oliveira (MDB-CE), perdeu as eleições, anunciando o fim da sua carreira política. Também perdeu mandato o ex-senador Roméro Jucá (MDB-RR), após 24 anos no Congresso Nacional – um dos articuladores mais experientes. Por fim, Dilma Rousseff (PT-MG), eleita duas vezes para o cargo de presidente da república, perdeu as eleições para o senado, entre outros candidatos marcados por corrupção que viram suas candidaturas esvaírem-se.

O que chamou a atenção para a construção deste artigo foi a narrativa do presidente eleito em torno da família tradicional, classificada como heteronormativa, formada por pai, mãe e prole, mas se verificou inexpressivo o discurso frente a propostas para outras modalidades familiares existentes, e o debate em torno da diversidade, algo que vem sendo cada vez mais discutido, inclusive por governos anteriores. A defesa da família tradicional, e o aceno ao pentecostalismo frente à agenda de governo foi considerado por muitos uma das maiores bandeiras do representante fluminense nas eleições. Constitui objetivo deste estudo analisar o discurso sobre os temas relacionados à família que foram empregados nas eleições presidenciais brasileiras de 2018, pelo presidente eleito, Jair Messias Bolsonaro (PSL-RJ). Como base teórica, serão considerados os conceitos da teoria sistêmica da família no contexto da Psicologia.

SISTEMAS FAMILIARES

Uma família, na visão de Minuchin, Lee e Simon (2008) pode ser compreendida como um agrupamento de pessoas, de laços sanguíneos ou de emoção, que viveu em um mesmo meio ambiente. Neste ecossistema são construídos padrões de interação, e vivenciadas histórias que conectam as pessoas, constituindo um núcleo familiar. A família não é considerada unicamente a partir de laços sanguíneos, mas também a partir das conexões de emoções das pessoas que se unem.

Minuchin e cols. (2008) salientam que a família é conjunto de subsistemas, sendo o adulto um subsistema, e as crianças, outro subsistema. Vários outros subsistemas estão inseridos dentro de uma família, e cada família é

⁴ Pentecostalismo pode ser considerado um movimento de renovação cristã, dando ênfase no culto direto e pessoal com Deus através do batismo no Espírito Santo.

⁵ Sistema político atual e atores que dominam o ecossistema político

singular. Ainda segundo os autores, cada indivíduo na família é um subsistema da mesma. As diferenças de idade criam subsistemas familiares; os adultos em uma família constituem um subsistema, as crianças, outro. Da mesma forma, há o subsistema parental, formado pelo pai e a mãe ou os adultos responsáveis pelas crianças e adolescentes; o subsistema conjugal, formado pelos cônjuges (independente do gênero de seus membros).

As profundas mudanças sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas levaram as famílias, assim como o contexto em que vivem, à mudança acelerada em suas configurações (Walsh, 2005). Segundo a autora, períodos de tumulto social e econômico perturbam muito a vida familiar, requerendo dessa instituição flexibilidade e resiliência para realizar mudanças em sua estrutura, papéis e dinâmica para atender às novas demandas. Há quatro tendências emergentes para o futuro das relações familiares, que desafiam a estabilidade e continuidade da família: 1) formas familiares diversas, a partir da falência do modelo de “família tradicional”; 2) mudança nos papéis dos sexos, com as conquistas das mulheres; 3) diversidade cultural e disparidade socioeconômica, com o aumento da distância entre os ricos e os pobres; 4) curso do ciclo de vida familiar ampliado e mais variado, com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da sociedade e das famílias.

Em seus estudos, Walsh (2016) apontou que as famílias, de uma maneira geral, constroem as suas normas internas de forma exclusiva, através de regras de relacionamento que podem ser implícitas ou explícitas. Os papéis na família são definidos por meio de um ordenamento de regras padrões, que são induzidas por ordem das histórias familiares e constantes transações, que irão regular os processos familiares. Os sistemas de crenças e valores em um núcleo de parentesco são a base da orientação da vida familiar.

“O desenvolvimento humano é marcado por uma constante evolução no nível individual e social. O desenvolvimento é provocado nas complexas relações do indivíduo com o meio em que está inserido, influenciando e sendo influenciado, de forma processual e constante.”
(Bronfenbrenner, U., 2011).

As famílias contemporâneas são resultantes da deterioração do modal clássico, que tinha como base o matrimônio e o patriarcado, possuindo viés heteronormativo, com numerosa prole - que aferia status positivo ao casamento. Portanto, em um mundo contemporâneo, onde o sistema de crenças das famílias tem evoluído e se desgarrado de antigas crenças, ter um debate eleitoral focado em valores antigos, em detrimento de outras formas familiares, paira ao retrocesso em relação a antigos hábitos que já não são unanimidade na sociedade atual (Oliveira, 2009).

Se as famílias são constituídas além do laço sanguíneo, a defesa do tradicionalismo em detrimento de outros conceitos familiares, como as uniões homoafetivas e filhos adotivos, que não possuem necessariamente as mesmas conexões sanguíneas, gera uma distorção no discurso de Bolsonaro quando ele faz críticas ao ensino da diversidade nas escolas. A narrativa em torno de uma única tipologia familiar estimula ainda mais o preconceito nos sistemas escolares, em que pese as crianças sofrerem todas as formas de bullying e discriminação no ambiente escolar, muito disto podendo vir a ser estimulado pelas políticas públicas

mal conduzidas por líderes governamentais que ignoram a ciência e estimulam as crenças pessoais.

Ramires e Vianna (2008) argumentam que a questão familiar tem uma continuidade no ambiente escolar, visto que é um espaço educacional que favorece a socialização. Entretanto, o processo de socialização não é neutro, tal processo constrói e reproduz alguns modelos comportamentais de acordo com o sistema de crenças da própria cultura. O ambiente escolar tem um papel fundamental, uma vez que são capazes de estabelecer normas, valores e padrões de comportamento, bem como significados de gênero. Portanto, os conteúdos utilizados nos sistemas educacionais estão intrinsecamente ligados a significados de gênero, produzindo preconceitos ou simplesmente omitindo-se deles.

MEODOLOGIA

Este artigo tem como objetivo identificar e caracterizar o conceito de “família” apresentado pelo candidato Jair Messias Bolsonaro nas eleições presidenciais de 2018. Será analisada e discutida a narrativa política em defesa do modelo de família tradicional, e o não reconhecimento de outras estruturas familiares, bem como os temas abordados no que tange aos sistemas familiares e as principais pautas propostas e as críticas do candidato às políticas para a família já existentes.

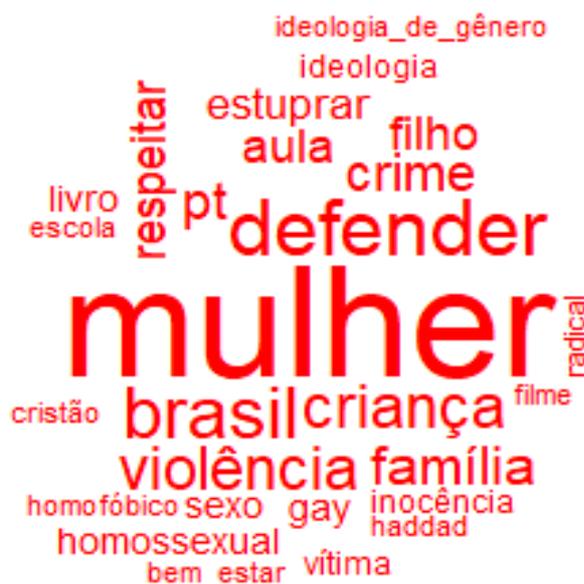
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e documental. Para coleta do material de análise, foram levantados vídeos de Jair Bolsonaro no período de 2017 até o final a outubro de 2018. Como critério para recorte temporal dos vídeos, foi considerada a filiação de Bolsonaro ao PEN – Partido Ecológico Nacional, em julho de 2017, com vistas a se tornar pré-candidato à presidência da república. Foram levantados vídeos do canal do Youtube intitulado “Jair Bolsonaro”, bem como todos os programas eleitorais. Após o levantamento, foram selecionados os vídeos que faziam alusão aos temas relacionadas à família, como: ideologia de gênero, mulher, educação dos filhos, educação escolar e questões LGTB nas escolas. Após o levantamento, foram selecionados os vídeos que constam no Anexo 1.

Foram transcritas as partes que mencionavam temas relacionados a família, de todos os 21 vídeos selecionados. Contudo, com essa estratégia, foram alcançadas toda a comunicação verbal, apesar de saber da relevância da observação das emoções e gestos de Bolsonaro. Para análise dos resultados, foi utilizado o software de pesquisa qualitativa textual, Iramuteq. O software permite realizar a análise textual qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1 – Nuvem de palavras

Por meio de uma estruturação em formato de nuvem, as palavras se apresentam nesse gráfico de tamanhos distintos, e conforme maior a palavra apresentada no grafo, maior a importância textual, construída e gerada por meio de indicador de frequência estatística no Iramuteq.



A palavra com maior ocorrência nos discursos de Bolsonaro é “mulher”, seguida de defender, criança, família, crime, sala de aula, PT, sexo, cristão, homossexual, homofóbico, escola, Haddad (PT-SP), estupro e ideologia de gênero. Uma palavra que aparece com grande frequência é “inocência”, se referindo à inocência das crianças em sala de aula, amplamente correlacionada com ideologia de gênero e com a palavra livro, como neste trecho:

“Temos que respeitar a família, respeitar a criança em sala de aula, a minha mulher é evangélica e dá aula de libras na Igreja Batista, a minha bronca é contra o material escolar, um pai não quer chegar em casa e encontrar o filho brincando de boneca por influência da escola, enfim, as crianças merecem respeito.” (Vídeo 14).

No trecho acima Bolsonaro atribui à escola a influência sobre a opção sexual das crianças, se autocolocando como uma salvação para que os conteúdos em sala de aula propostos pelo Ministério da Educação (MEC) não incluam temas da diversidade. Neste ponto específico, ataca diretamente Fernando Haddad (PT) que já atuou como ministro da Educação no governo da ex-presidente Dilma Roussef (PT).

Para Ramires e Vianna (2008) o conceito de gênero também obedece a uma historicidade, de modo a visualizar através desta linha histórica a forma como se evoluiu e constituiu o saber referente as distinções sexuais, o que seria gerado através das culturas, mas também das disputas políticas. Algo que ilustra de forma acentuada a má influência das disputas políticas na construção do sentido de gênero é a própria narrativa de Bolsonaro, ao se posicionar contrário a educação sexual no âmbito da escola, de forma a induzir uma melhor convivência em meio a diversidade. Deste modo, o conceito de família está repleto de sentidos que se relacionam com as desigualdades de gênero.

O livro didático, segundo Ramires e Vianna (2008) é, nos dias atuais, um veículo propulsor de discriminações de gênero no âmbito do ambiente escolar, mesmo com todo o esforço na tentativa de formulação de políticas públicas voltadas à equidade de gênero. Desta maneira, a educação pública se torna refém do conteúdo moral deliberado pelos governantes. A influência política na educação de crianças, não deveria, portanto, ficar a cargo da classe política, mas garantir autonomia às instituições de ensino - de modo a fazer valer

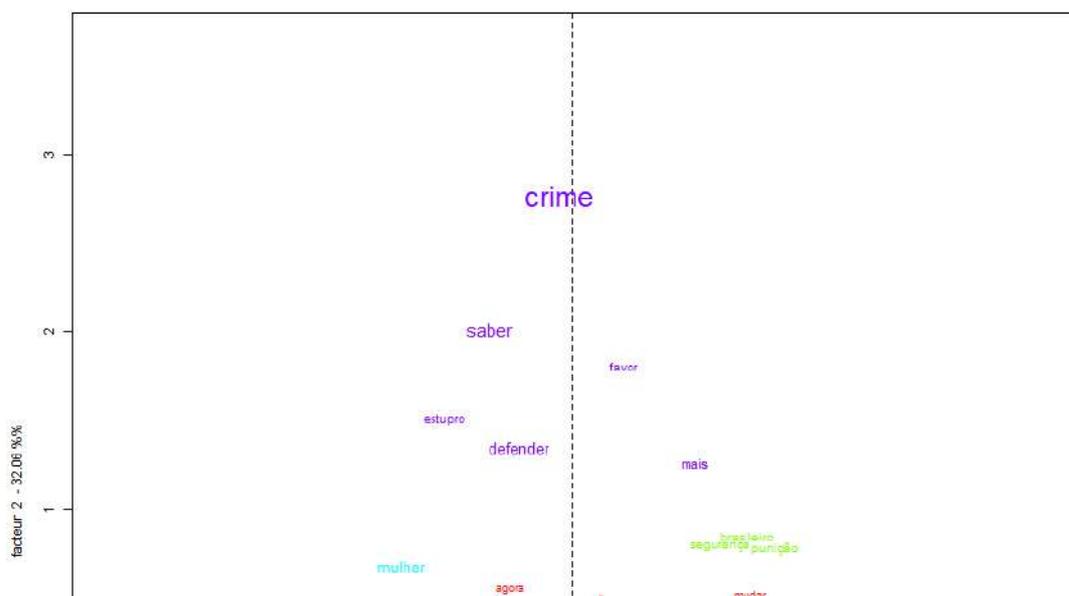
a ciência, e não o sistema de crenças culturais de determinado líder. Os conteúdos educativos voláteis a cada eleição estimulariam ainda mais os preconceitos de gênero e afetaria negativamente os diferentes tipos de família, principalmente se o governante em exercício priorizar certas crenças singulares a sua vivência, em detrimento de outras.

Diniz e Oliveira (2014), do departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, no artigo intitulado “materiais didáticos escolares e injustiça epistêmica: sobre o marco heteronormativo” defendem políticas de educação que são essenciais para a criação de meios para que a diversidade seja reconhecida e respeitada. Segundo as autoras, os livros distribuídos para toda a Rede Pública de Ensino, por meio do Ministério da Educação deveriam levar em consideração todas as formas de ver o mundo do ponto de vista da sexualidade. Os materiais didáticos são fonte de representação da vida, da forma pelas quais ensinamos as crianças a viverem e a pensarem. Em nosso país

As estruturas normativas que compõem os livros escolares, bem como os filmes reproduzidos no âmbito das salas de aulas das escolas em muito reduzem a sexualidade das crianças à heterossexualidade e aos preconceitos de gênero. O objeto normativo a respeito dos ensinamentos de gênero nos sistemas educacionais de ensino e aprendizagem por meio de filmes e livros levam ao horizonte da heterossexualidade (Dinis & Oliveira, 2014). Para as autoras, a heterossexualidade é algo normalizado em nossa sociedade, e por meio de práticas públicas de beijos e abraços entre casais héteros em filmes e séries, bem como campanhas que objetivam combater doenças sexualmente transmissíveis envolvendo o aparelho reprodutor masculino e feminino, naturalizam cada vez mais na sociedade contemporânea a cultura heteronormativa, o que desdobraria na marginalização de grupos homoafetivos.

Outra questão discutida por Diniz e Oliveira (2014) é a forma como a mulher e a feminilidade são tratadas no âmbito de filmes e materiais didáticos. A forma como é passado o conteúdo para os alunos vai contra a problematização das questões de gênero, reduzindo a feminilidade à prevenção da gravidez na fase da adolescência. Assim, a educação é reduzida às mulheres heterossexuais, excluindo o ensino e aprendizagem que atinja toda a diversidade. Além disso, segundo as autoras, as imagens estampadas nos livros escolares reforçam a produção de binarismos de gênero, pela contínua afirmação das relações entre homens e mulheres, o que provocaria cada vez mais forte na sociedade um tipo ideal que regula as relações de gênero, tratando as pessoas como mero corpo, e não como um sujeito social.

Gráfico 2 – Análise Fatorial por Correspondência



O gráfico acima permite uma visualização ampla das palavras mais empregadas por Jair Messias Bolsonaro nas eleições presidenciais. Cada quadrante representa um signo textual. Nesse gráfico foram divididas quatro cores distintas, representando cada uma delas um eixo temático específico. O eixo de cor verde é o principal foco desta análise, pois corresponde aos termos referentes à família e à escola. Conforme mais expressivo o tamanho das palavras, maior a frequência nos discursos e aparições do ex-candidato.

Palavras como criança, sala de aula, inocência e família são as que se apresentam em maior volume, ou seja, são as palavras mais utilizadas na narrativa política para capturar votos dos eleitores que se identificam com a agenda política pautada em temas conservadores e tradicionalistas.

O quadrante representado pela cor azul, indica o aumento da violência sofrida pelas famílias, atribuído aos governos petistas, que seria indicado pelas palavras violência, PT, e aumento percentual. A esse respeito, as palavras PT e violência são as mais expressivas, correlacionando ambas com maior intensidade. Ou seja, o foco das palavras representadas pela cor azul indica um discurso voltado para a crítica aos governos do PT. Desta forma, Bolsonaro visa negatar a imagem do Partido dos Trabalhadores e prejudicar a campanha de Fernando Haddad (PT).

Gráfico 3 – Análise de Similitude

Este é o gráfico mais importante desta pesquisa, e será o mais explorado e investigado, uma vez que a análise de similitude permitirá construir um estudo qualitativo mais profundo, ligando vários segmentos de texto de acordo com a correlação entre as palavras. Este cruzamento de dados permite a ligação entre as palavras presentes no corpus textual, o que proporciona ao pesquisador analisar a inferência na estrutura de construção textual e os temas multivariados que lhes são intrínsecos. Por exemplo: estupro e mulher são duas palavras que a análise de similitude é capaz de inferir como relacionadas e, a partir disto, realizar a análise discursiva e identificar as estratégias de Jair Bolsonaro para obtenção de votos.

“Mulher” é a palavra com o maior número de ocorrências nos discursos referentes à família. Nos discursos de Bolsonaro ela aparece intrinsecamente ligada a estupro e à violência, ou seja, é uma visão da mulher como vítima e não

como dona do seu próprio destino. Ligada à palavra mulher, a narrativa se constrói durante a campanha como a defesa da família e dos valores cristãos. Bolsonaro também utiliza da narrativa da violência contra as mulheres para atacar o seu principal oponente, Fernando Haddad (PT-SP), ao expor números da violência durante os governos petistas. Como no trecho abaixo:

“São números alarmantes que não param de subir, o PT no governo ficou só no discurso, veja como na prática a situação só piorou, de 2006 a 2012, durante o governo do PT houve um aumento de 600 % nos casos de violência contra mulheres.” (Vídeo 2)



Defender, família e crianças são três palavras na análise de similitude que estão correlacionadas. No discurso, além de relacionar com a violência, também vem ligada ao termo PT. Logo, Bolsonaro busca com esta relação declarar que em uma eventual vitória de Haddad, a defesa das mulheres e da família tradicional estariam ameaçadas. Ao considerar que a escola não é *locus* apropriado à educação sexual, o candidato também desqualifica o papel da ciência, uma vez que na escola a educação é baseada na ciência e não no senso comum. A discussão sobre a quem compete a educação sexual de crianças e

adolescentes ainda existe, embora estudos da Psicologia indiquem que o papel das duas instituições é complementar.

“Respeitamos a família brasileira, nós respeitamos a inocência da criança em sala de aula, somos contra a ideologia de gênero, nós respeitamos todas as formas de religião em nosso Brasil.” (Vídeo 1)

O termo criança é o segundo com maior intensidade, e merece atenção especial, visto que nas questões discursivas é o grande foco do candidato do PSL. Criança aparece com maior intensidade e muito ligado ao termo vítima e a palavra PT. Bolsonaro coloca as crianças como vítimas dos governos petistas, se posicionando contrário à educação sexual de crianças nas escolas. Para Bolsonaro, a educação sexual deveria ser uma função apenas dos pais, e nunca da escola. Desta forma, Bolsonaro se posiciona contra a ideologia de gênero nas escolas e ataca a Rede Globo, que traria conteúdo sexual no Criança Esperança:

“Rede Globo, não prejudique a nossa tão combatida educação, respeitem a família brasileira e respeitem as nossas criancinhas em sala de aula, quem ensina sexo para os filhos são os seus respectivos pais e mãe, respeite-os.” (vídeo 16).

A palavra respeito também está ligada a palavra filho, e também a homofóbico. Esta parte está mais relacionada a uma defesa de Bolsonaro ao ‘não se considerar homofóbico, e que se tivesse um filho gay, ele iria respeitar’. Bolsonaro busca com isto diminuir a rejeição por parte do público LGBT, e também como uma tentativa de capturar votos deste público. Ao mesmo tempo, acena para o conservadorismo ao dizer que não aceita que seja produzido conteúdo para a diversidade nas escolas, como neste trecho:

Hoje em dia a maioria dos homossexuais no Brasil votam em mim, se meu filho resolver ser gay, vai ser gay e vai ser feliz, agora botar conteúdo gay na escola, eu não admito colocar isso na escola. Presidente honesto que tenha Deus no coração e que seja patriota”. (Vídeo 20)

Sala de aula, PT, gay e ideologia, estas quatro palavras estão amplamente relacionadas à ideologia de gênero e a sexualização das crianças nas escolas. Isso é face ao número de críticas que Bolsonaro fez ao candidato petista, bem como as críticas ao comunismo atreladas a Haddad (PT-SP). Negar o que o candidato chama de ‘ideologia de gênero’ é negar que em nossa sociedade existem diferenças baseados no gênero e na raça. É negar a diversidade que caracteriza o povo brasileiro e as injustiças sociais com as quais convivemos.

“Você tem que ser radical na defesa dos valores familiares na inocência das crianças em sala de aula, tem que ser radical no combate ao comunismo, sou radical, e quem não tem um amigo gay”. (Vídeo 20)

Bolsonaro, no trecho acima, tenta apontar o candidato Haddad como um meio viável ao comunismo aos eleitores que desprezam tal sistema de governo, ao passo que faz enormes críticas a uma eventualidade de vitória de Haddad, que comprometeria o conteúdo do MEC, colocando em risco a inocência das crianças. Ao mesmo tempo acena como um candidato que não se considera homofóbico por ter um amigo gay. O que o candidato quer dizer com ‘defesa da inocência das crianças’? A inocência pode ser vista, de maneira equivocada, como uma forma de manter a ‘pureza e a castidade’. No entanto, pesquisas mostram que a educação sexual está relacionada com o adiamento da

experiência sexual em adolescentes, menor probabilidade de gravidez na adolescência e menor probabilidade de comportamentos de risco para as DSTs (Ribeiro, 1998). Sabemos que o conhecimento dá a base racional para o comportamento, mas o papel da família na criação e influência de normas e formas de comportamento em geral, atitude e comportamento sexual, papéis e valores é inquestionável. Por outro lado, a ignorância e a falta de conhecimento sobre a sexualidade podem estar na base dos abusos sexuais e violência contra a mulher.

Mas há que se pensar sobre 'que educação sexual estamos dando às crianças e adolescentes'. A educação sexual, seja na família ou na escola, não deve tratar o comportamento sexual de forma separada da emoção e dos demais aspectos complexos do nosso modo de vida atual. Ela é fundamental para o pleno desenvolvimento do indivíduo e um meio de prevenção de problemas tanto na área física e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui fato evidente que a campanha de Jair Messias Bolsonaro (PSL-RJ) visou desconstruir a candidatura de Fernando Haddad (PT-SP), utilizando como narrativa discursiva a exploração do medo através da estimulação do preconceito contra a diversidade. Bolsonaro ao longo do material analisado acentuou as suas aparições públicas de forma a tecer inúmeras críticas ao conteúdo escolar nos governos controlados por partidos de esquerda, apontando como nocivo a inocência das crianças uma possível vitória do PT nas eleições presidenciais brasileiras de 2018.

Apesar da agenda conservadora, considerada por muitos como retrógrada, o discurso voltado para a defesa da família tradicional ganhou força expressiva entre os eleitores com maiores níveis de escolaridade, e esse fato chamou a atenção ao longo deste estudo. Justamente pelo eleitor de Jair Bolsonaro estar geograficamente posicionado entre os Estados com os melhores indicadores educacionais, as abstenções nas urnas, neste caso, tendem a ser maiores entre os eleitores posicionados em Estados com menores índices escolares, conforme apontamentos de Silva (2016). Tal fato prejudicou ainda mais a candidatura petista, visto o grande número de abstenções nas eleições de 2018.

Segundo pesquisa Ibope, registrada no TSE em agosto de 2018, os eleitores de Bolsonaro são em média mais escolarizados e com maior renda entre os demais oponentes. O que chama a atenção na construção deste artigo é o apoio de eleitores mais escolarizados frente à agenda política equivocada para uma sociedade pós-moderna. Bolsonaro apresentou ao longo da sua carreira política proposições voltadas ao conservadorismo e às políticas de viés tradicionalista, posicionando-se diversas vezes contrário ao diálogo, em que pese a diversidade cultural, a todas as formas de estruturas familiares e ao respeito às liberdades individuais. Para compreender como eleitores mais escolarizados utilizaram do voto em Bolsonaro, é possível recorrer a Luskin (1897) que realizou uma série de estudos pioneiros acerca da sofisticação política do eleitor.

Desta forma, Luskin (1987) salienta que a sofisticação política do eleitor possui um nível baixo em todo o território mundial. E acrescenta que a sofisticação política não está diretamente ligada aos níveis de educação do eleitorado; para ele, o eleitor sofisticado é aquele que persegue os próprios interesses, se interessa pela

política, realiza leituras de jornais com o objetivo de se informar politicamente e vai em busca da informação política. Portanto, níveis educacionais não estão diretamente ligados a sofisticação política, ela independe dos níveis de educação, é algo mais voltado para o próprio interesse pela política por parte do eleitorado. Em outras palavras, muitas pessoas se interessam muito pouco pela política e isso não está ligado as capacidades educacionais, mas pelo próprio interesse por se informar e se sofisticar nesta área do conhecimento.

Segundo Silva (2016) as democracias mais novas tendem a sofrer com maiores abstenções entre os eleitores menos escolarizados, algo que não se aplica a Europa e América do Norte. No caso do Brasil, a falta de conhecimento político e do processo decisório afeta as abstenções de forma mais acentuada entre os menos escolarizados. É importante frisar que o Brasil é considerado uma jovem democracia, uma vez que vivenciou há poucas décadas, entre 1964 a 1985, a ditadura dos militares. Desta forma, Bolsonaro se beneficiou das abstenções, uma vez que a maior fatia do eleitorado de Fernando Haddad estava concentrada na Região Norte e Nordeste, consideradas as regiões com os menores níveis educacionais.

Desta forma, o ponto central do debate sobre a família nas eleições de 2018 teve um foco mais direcionado para uma modalidade familiar simplificada e resumida à família tradicional - onde os valores e normas da igreja e das instituições tradicionais se sobrepõem às inúmeras formas de filiação que constitui objeto de estudo da psicologia. A campanha de Bolsonaro focou em desconstruir a agenda política defendida pelo candidato petista, que tinha uma linha de apoio à diversidade familiar, à união entre homoafetivos e ao aborto como política de saúde pública.

Segundo os autores sistêmicos citados anteriormente, a família deve ser analisada e estudada em seus diversos contextos, tais como escola, comunidade e diversidade cultural. No entanto, apesar do olhar da ciência sobre a instituição familiar em uma democracia, o discurso com bases pentecostais teve um foco maior nas aparições do candidato Jair Bolsonaro, como neste trecho de um vídeo em que Bolsonaro acena contra a diversidade:

“Somente a educação e o conhecimento pode libertar o povo da miséria. No dia de hoje, sábado, o jornal O Globo me depara com a seguinte matéria: diversidade será destaque na próxima edição do Criança Esperança. Um dos âncoras será o André Lazaro, que disse no tocante a diversidade “a gente ficou três meses discutindo até aonde ia a língua”. (Vídeo 16)

Bolsonaro foi o candidato mais mencionado em toda a campanha, inclusive, pelo fato de não ir aos debates, e a repercussão gerada, inclusive pela facada sofrida em um município localizado em Minas Gerais, multiplicou o alcance da imagem do candidato do PSL na imprensa. A linguagem simples, de fácil entendimento sobre assuntos do cotidiano também o favoreceu, em detrimento de discursos complexos ao entendimento do eleitorado, como a discussão econômica debatida por candidatos tradicionais na política brasileira, como Geraldo Alckmin (PSDB), Henrique Meirelles (MDB), Marina Silva (REDE) e o próprio Haddad (PT).

A utilização da estratégia de persuasão pela captura de votos dos seus afetos foi, de forma acentuada, classificar o seu principal oponente como um perigo eminente ao conservadorismo, e o teceu como uma ameaça a família tradicional

brasileira. Bolsonaro aponta o ambiente escolar como um espaço perigoso aos sistemas de crenças dos pais e mães que se conceituam ideologicamente conservadoras a educação, a moral e aos costumes. Isso se torna ainda mais solidificado ao passo que a escola, como um subsistema onde as crianças dedicam uma expressiva parcela do seu tempo, teriam grande influência do ensino recebido em sala de aula, tendo pouco controle dos pais, mães e responsáveis.

A sala de aula, considerada transformadora na educação e na vida de uma nação, é classificada por Bolsonaro como uma ameaça, como um perigo, como algo que deturparia os valores da família tradicional. Desta forma, o presidente eleito se colocou como uma salvação dos valores conservadores familiares e educacionais.

Bolsonaro, pela pesquisa realizada, buscou em vários momentos estimular o preconceito dos pais e também das mães, explorando uma narrativa de que a escola poderia influenciar os filhos e as filhas a se tornarem homossexuais. Ele aponta um exemplo de uma criança do gênero masculino brincando de boneca por influência da escola, por influência da sala de aula, e desta forma, coloca o fato como possibilidade real caso o PT vencesse as disputas eleitorais. O presidente eleito, portanto, não se privou apenas a se posicionar contrário a pautas das diversidades, ele utilizou da narrativa da desconstrução do candidato petista de maneira a classifica-lo como uma ameaça a heteronormatividade.

Um tema que também tomou conta do discurso foi a suposta ideologia de gênero nas escolas. Desta forma, Bolsonaro se posicionou diretamente contrário a esta temática, ao salientar diversas vezes que esta tipologia educativa deveria ficar a cargo dos pais, e a escola privada ao ensino das disciplinas, tais como matemática, português, linguagens e humanidades. O que Bolsonaro chamou de escola sem partido, que buscava privar o professor em sala de aula a tecer comentários de cunho ideológico, reduzindo o senso crítico em sala de aula. No material coletado, Bolsonaro utiliza do discurso do conservadorismo frente a suposta ideologia de gênero:

Essa eleição ela vai ser ganha porque o mundo da ultraconservadora sociedade treme com o ultraconservador. A sociedade temia tamanha ideologia de gênero. (Vídeo 3)

No trecho acima Bolsonaro coloca o Brasil como uma federação composta por uma sociedade ultraconservadora, se colocando como um candidato representante do ultraconservadorismo. Desta maneira, Bolsonaro busca o voto conservador na educação, nos costumes baseados na família tradicional. Utilizou também uma narrativa de cunho religioso, buscando votos de fiéis e mencionando o público evangélico no seu discurso.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil possui 86,3% de cristãos, sendo 22,2% do público evangélico. O que é uma grande parcela do eleitorado que poderia dar base de sustentação a campanha Bolsonarista. Desta forma, Bolsonaro utiliza da má influência da religião na política para cooptar os votos conservadores. (Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%c3%a3o_Evang_miss%c3%a3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf)

O presidente eleito no pleito de 2018 no Brasil direcionou a sua campanha política excluindo do debate as diversas formas de filiação, como as famílias homoafetivas, casais transexuais, adoção de crianças por pais do mesmo sexo, e

reduziu o debate ao âmbito normativo das igrejas, sobretudo a religião evangélica, excluindo da sua agenda de governo a promoção de políticas públicas para a diversidade e para a redução do preconceito.

No período de janeiro/2019 a outubro/2020, o que temos presenciado são ações e propostas do governo Bolsonaro coerentes com seu discurso de campanha, conforme discutimos neste artigo. Algumas ações têm sido consideradas pela sociedade, políticos e especialistas como retrógradas e até mesmo inconstitucionais. Em se tratando de diversidade no ambiente escolar, o Poder Executivo, via DECRETO Nº 10.502, DE 30 DE SETEMBRO DE 2020, instituiu uma política de educação especial via escolas especializadas. A medida, por parte da presidência da República, visa um ambiente mais inclusivo e especializado. Entretanto, GT PSICANÁLISE EDUCAÇÃO/ANPEPP (2020) frente a segregação de estudantes especiais em relação aos demais alunos dos centros escolares, emitiu uma nota de repúdio, alertando sobre os reais impactos na educação inclusiva, objeto de conquistas históricas dos movimentos educacionais.

Na visão do Grupo de Trabalho, o Decreto Lei apresentado fortalece a segregação de alunos com “deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, transtorno do espectro autista, altas habilidades e superdotação”. Na visão do grupo de trabalho, embora a intenção da proposta seja a de vislumbrar uma melhora no ambiente educacional, a medida retrocede, não ajudando ou melhorando a proposta anterior de educação inclusiva. Desta forma, o Decreto apresentado fere o direito a inclusão, retomando a práticas antigas e já antiquadas aos dias atuais, sobretudo frente ao avanço da ciência.

O DECRETO Nº 10.502, DE 30 DE SETEMBRO DE 2020 segue um mérito contrário as recomendações nacionais e internacionais no que fere a educação inclusiva, o que retrocederia aos avanços alcançados nos governos Lula (2002 a 2010) e Dilma (2011 a 2016). Desta forma, o GT de psicanálise se pronuncia em um momento onde há um desmonte das políticas públicas implementadas em razão de uma educação exclusiva que, ao tentar uma melhor adaptação de estudantes em outros ambientes, acaba, por fim, desfavorecendo os alunos que precisam de inclusão para viverem em sociedade; afinal, os alunos especiais, viverão, no mundo real, incluídos com todos, e não segregados como estabelece o decreto em questão.

REFERÊNCIAS

ANPEPP (2020). Nota de Repúdio do GT psicanálise EDUCAÇÃO/ANPEPP à institucionalização da política nacional de educação especial através do decreto nº 10.502 de 30/09/2020.

Bronfenbrenner, U. (2011). Teoria dos Sistemas Ecológicos.

Censo Escolar. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf.

Datasus. (2010). Ranking de estados pela escolaridade da população. Disponível em: <http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-estados-pela-escolaridade-da-populacao>

Falicov, Célia. (1991), Transiciones de lá familia, p. xiv-xv. Buenos Aires: 1991. Editora: *Amorrortu*.

Fishman, H. C. (1998). Terapia estrutural intensiva – tratando famílias em seu contexto social. Porto Alegre: *ArTmed*,

Infomoney. (2018). Bolsonaro vence em 17 Estados, Haddad vence em 8. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/politica/bolsonaro-vence-em-17-estados-haddad-vence-em-8-estados-do-nordeste-e-ciro-ganha-no-ceara/>

IBGE. (2018). Pesquisa eleitoral por estratificação. "Registro no TSE: BR-01665/2018". Disponível em: <https://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/?tema=13&ano=2018>

Jablonski, Bernardo. (2011). O país do casamento segundo seus futuros habitantes: pesquisando atitudes e expectativas de jovens solteiros. São Paulo, SP: *Casa do Psicólogo*.

Luskin, R. (1987). Measuring Political Sophistication. *American Journal of Political Science*, Vol. 31, No. 4 (Nov., 1987), pp. 856-899 Published by: Midwest Political Science Association. USA.

Minuchin, S.; Lee, W. & Simon, G, M. (2000). Dominando a terapia familiar. Porto Alegre: *Artmed*

Oliveira, Naiara. (2009). Família contemporânea. Cultura acadêmica, Unesp, SP

Oliveira, D., Diniz, D. (2014). Materiais didáticos escolares e injustiça epistêmica: sobre o marco heteronormativo. *Educ. Real.* vol.39 no.1 Porto Alegre, RS.

Ribeiro, M.A. (1998). Comunicação familiar e prevenção de DSTs/AIDS entre adolescentes. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 10 (1): 5-9.

Silva, Rafael. (2016). Comportamento eleitoral na América Latina e no Brasil: em busca dos determinantes das abstenções, votos brancos e votos nulos.

Walsh, Froma. (2016). Diversidade e complexidade nas famílias do século XXI

TSE. (2018) Estatísticas eleitorais das eleições presidenciais brasileiras. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleitor/estatisticas-de-eleitorado/consulta-quantitativo>

TSE. (2018). Pesquisas eleitorais, comparecimento e abstenção. Disponível em: http://www.tse.jus.br/hotsites/pesquisas-eleitorais/comparecimento-e-abstencao/comparecimento-e-abstencao_2018.html

Vianna, C., Ramires, C. (2008). A Eloquência do Silêncio: gênero e diversidade sexual nos conceitos de família veiculados por livros didáticos. Revista Brasileira de Psicologia Política.

Anexo 1 – Vídeos de Jair Bolsonaro selecionados para análise

Vídeo 1 – Entrevista de Bolsonaro a TV Aparecida

Vídeo 2 - Jair Bolsonaro no Programa Pânico

Vídeo 3 - Em 9º programa, Bolsonaro apresenta sua mulher, Michelle, em defesa dos portadores de deficiência

Vídeo 4 - 8º Programa de Bolsonaro

Vídeo 5 – Muda Brasil, muda de verdade

Vídeo 6 - Marina confronta Bolsonaro sobre desigualdade de gênero em debate da Redetv!

Vídeo 7 - A família é a base da sociedade, vamos juntos mudar o destino do Brasil um forte abraço a todos.

Vídeo 8 – Valores eu estou falando é de valores, é de família, é de costumes

Vídeo 9 - Bolsonaro defende o fim da violência contra a mulher

Vídeo 11 - 8º Programa De Bolsonaro Defende O Fim Da Violência Contra A Mulher

Vídeo 12 – Jair Bolsonaro no Pânico

Vídeo 13 – Jair Bolsonaro no Pânico

Vídeo 14 - 10º programa de Bolsonaro faz ataques ao PT; militar se diz 'ameaça aos corruptos

Vídeo 15 - Mariana Godoy Entrevista Jair Bolsonaro - 06/07/2018

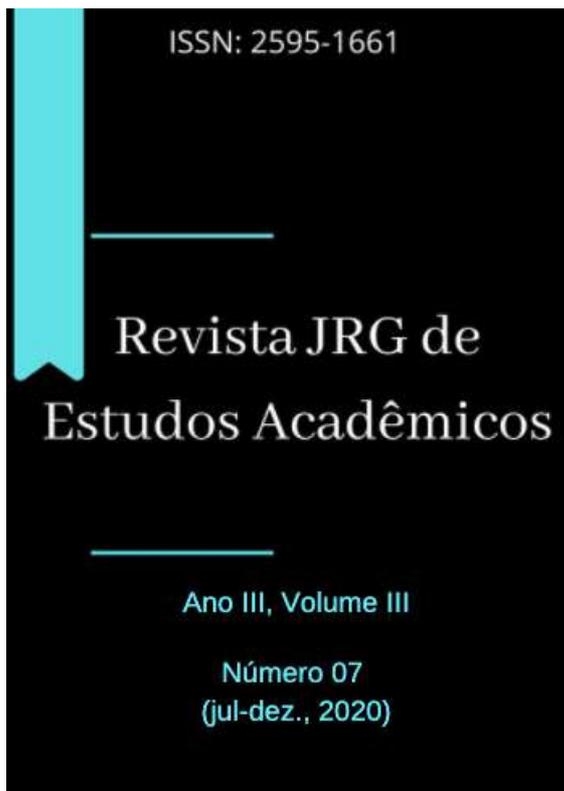
Vídeo 16 – Entrevista com Datena

Vídeo 17 - Globo usa criança esperança para sexualizar criancinhas.

Vídeo 18 - Bolsonaro fala da agressão sofrida em Ribeirão Preto – SP.

Vídeo 20 – O analfabetismo político de Lula

Vídeo 21 - Bolsonaro é entrevistado por TV de Portugal



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **19/10/2020**

Data de reformulação: **26/10/2020**

Data do aceite: **02/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4253017>

Publicado: **2020-11-06**

ANTIDEPRESSIVOS UTILIZADOS POR ADOLESCENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) EM CIDADE OCIDENTAL-GO

ANTIDEPRESSANTS USED PER ADOLESCENTS ASSISTED AT THE PSYCHOSOCIAL SUPPORT CENTER (CAPS II) IN CIDADE OCIDENTAL -GO CAUSES AND CONSEQUENCES

*Eliane Soares da Silva Barbosa¹
Kaele Da Silva Rocha Rodrigues²
Clézio Rodrigues de Carvalho Abreu³*

RESUMO

Objetivo : Avaliar a prevalência da depressão ,suas causas e efeitos em adolescentes assistidos no Caps da Cidade Ocidental , tendo como base os 190 prontuários analisados. **Material e métodos** : Trata-se de um estudo analítico com base nos relatórios e prontuários examinados. **Resultados**: Com a realização dessa pesquisa , constata-se que a depressão é uma doença grave que requer atenção e acompanhamento de profissionais devidamente preparados, observa –se também que a maior incidência dessa patologia são em pacientes do sexo feminino, verifica se que em torno de 70% desses pacientes ainda não recebem tratamento adequado.

¹ Graduação em andamento em Farmácia Pela Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires, Fasesa, Brasil.

² Graduação em andamento em Farmácia Pela Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires, Fasesa, Brasil.

³ Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Possui graduação em Farmácia - COLEGIO SENA AIRES (2009). Professor de farmacologia clínica; Tem experiência na área de Farmacologia Clínica, com ênfase em Farmácias e Drogarias.

Conclusão: Externa –se de extrema importância a avaliação precoce desses pacientes , tendo em vista o recorrente aumento dessa patologia em adolescentes , ressaltando porém que enquanto mais cedo for realizado o diagnóstico maiores serão as chances de um tratamento correto e eficaz.

Palavras-chave: Depressão. Adolescência. Medicamentos. Ansiolíticos. Ansiedade.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence of depression, its causes and effects in adolescents assisted at Caps da Cidade Ocidental, based on the 190 analyzed medical records. **Material and methods:** This is an analytical study based on the reports and records examined. **Results:** With the completion of this research, it appears that depression is a serious disease that requires attention and monitoring by properly prepared professionals, it is also observed that the greatest incidence of this pathology is in female patients, it appears that around 70% of these patients still do not receive adequate treatment. **Conclusion:** External - the early evaluation of these patients is extremely important, in view of the recurrent increase of this pathology in adolescents, but I emphasize that the longer the diagnosis is made, the greater the chances of a correct and effective treatment.

Keywords: Depression. Adolescence. Medicament. Anxiolytics

Introdução

A adolescência pode ser caracterizada como uma fase em que se desenvolve um conjunto de mudanças evolutivas na maturação física e biológica e no ajustamento psicológico e social do indivíduo. Embora ocorram mudanças fisiológicas em todas as etapas do ciclo vital, a rapidez dessas transformações durante o período da adolescência é maior que nos anos que a precedem ou a seguem¹.

Na adolescência, se tudo transcorrer bem, o jovem atingirá a vida na plenitude de todos os seus potenciais, dispondo de um substrato orgânico, afetivo, emocional e cognitivo para se desenvolver. Entretanto na adolescência é um momento que pode ser propício ao surgimento de transtornos psiquiátricos, isso porque é uma fase na qual os jovens tendem a sentir emoções com profundidade, onde as oscilações de humor são mais comuns nesse estágio da. Por isso, pode ser difícil distinguir reações emocionais intensas de transtornos depressivos.

É natural que os adolescentes possuam momentos de depressão, mas não são todos que irão apresentar quadros depressivos. Sendo, portanto, problemático estabelecer os limites do transtorno depressivo em adolescentes.

A depressão sempre foi considerada uma psicopatologia específica da fase adulta.

Somente a partir de 1960 sua ocorrência foi relacionada à infância e adolescência. Embora já houvesse estudos que abordavam a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, por exemplo, passou a considerar a depressão nesta faixa etária a partir de 1975³.

Mesmo que este reconhecimento seja recente, vários estudos têm-se detido sobre essa temática na atualidade, apontando-a como um problema crescente^{3,4,5}.

A adolescência representa um período de contínuas e profundas transformações, tanto no nível psíquico quanto no físico e social. Ao entrar na adolescência, passa a residir em um novo corpo onde marca a sua passagem da

esfera familiar à esfera social.

Tantas mudanças ocasionam muitas vezes um intenso sofrimento, pois acarretam perdas referentes à imagem infantil, aos pais idealizados da infância e à identidade infantil. Essas perdas, por sua vez, representam um rompimento com o passado a fim de que seja possível ao adolescente investir no futuro, desligando-se dos pais e tornando-se apto a realizar suas escolhas^{6,7}.

As decorrentes da adolescência fazem o sujeito perder as suas referências, não tendo mais uma representação de si mesmo, uma vez que sua nova imagem ainda se encontra em construção.

Nota-se o que é muito árduo o processo de adolecer e quão vulnerável o sujeito fica ao entrar nesta fase. Por isso a adolescência é descrita como um período de crise e conflitos^{6,7}.

Levy acrescenta que o período da adolescência pode se tornar traumático ou patológico, na medida em que o sujeito não consiga recriar um sistema de representações que sustente sua nova experiência subjetiva nem ligar os afetos por ela suscitados⁸.

De acordo com a pesquisada realizada, o número maior de pacientes com quadro de depressão e ansiedade é em adolescentes do sexo feminino. Vale ainda ressaltar que existem muitos casos ainda sub-diagnosticados e subtraída, desse modo estima-se que 70% desses pacientes não recebam o tratamento adequado.

Apesar de apresentar sintomas depressivos moderados e severos, que, por muitas vezes, se assemelham aos apresentados pelos adultos, os adolescentes acometidos por este transtorno manifestam importantes particularidades que são típicas. Assim, a depressão na adolescência tem características, como instabilidade emocional, irritabilidade, crises de raiva, explosões e outras alterações comportamentais.

Devido a esta multiplicidade de sintomas, o diagnóstico da depressão é ainda mais difícil em adolescentes do que em adultos, já que a sintomatologia nessa fase da vida possui características específicas.

Dentre os tratamentos mais utilizados podemos mencionar a intervenção psicossocial, a psicoterapia, a terapia farmacológica e a terapia combinada.

Através da pesquisa, constatar que dentre os medicamentos prescritos podemos citar a fluoxetina, amitriptilina e paroxetina. No entanto, dentre os antidepressivos a fluoxetina é um dos medicamentos mais prescrito pelo médicos, sendo a primeira linha de tratamento na depressão em adolescentes na maioria da vezes. A fluoxetina é um medicamento que age no sistema nervoso central, fazendo com que haja aumento nos níveis de serotonina, neurotransmissor que regula o humor, o bem-estar, o sono, o apetite e a concentração, dentre outras funções.

Estudos mostram que aproximadamente um terço dos pacientes responde a farmacoterapia, e metade não aparenta sequer redução de sintomas do quadro após 12 a 14 meses de tratamento, tendo em vista que o tratamento vai além dos fármacos, e que leva uma questão de problemas ambientais e sociais, nos quais estão associados ao quadro de depressão⁹.

Nos Estado Unidos (EUA) a fluoxetina é o único fármaco aprovado para tratamento da depressão na criança e no adolescente⁹.

A fluoxetina é administrada em gotas ou comprimidos, e atua em transtornos cujos sintomas apontam justamente o desequilíbrio na produção de serotonina.

Segundo pesquisa realizada pudemos constatar que a fluoxetina age após 06 a 08 horas, porém para que surto efeito, o medicamento deve ser utilizado de forma

correta, usando diariamente o tratamento pode durar de 02 a 06 meses dependendo especificamente de cada caso. Os efeitos colaterais também podem variar em cada paciente.

As intercorrências mais comuns obtidas através dos dados coletados são, insônia, perda de apetite, ansiedade, irritabilidade, tremores, podendo também ocorrer, vômitos, náuseas e vertigens.

A fluoxetina também é prescrita para pacientes com sintomas de ansiedade, vale ressaltar que alguns dos sintomas citados podem ser agravados, já que com o aumento da serotonina pode deixar o paciente mais agitado.

É de extrema importância ressaltar que todo medicamento deve ser prescrito por um profissional e só será indicado após uma criteriosa avaliação médica.

Método

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, cujo seu objetivo foi analisar o uso de antidepressivos em adolescentes que são atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Cidade Ocidental- GO, fazendo uma abordagem quanto as causas e as consequências que a depressão pode trazer nessa fase da vida.

Foram analisados 190 prontuários de pacientes com faixa etária de 12 a 18 anos de ambos os sexos, atendidos no CAPS II, localizada na da Cidade Ocidental- GO, no entanto apenas 110 possuem transtorno Depressivo, os outros 80 possuem outros tipos de transtorno psíquico.

A amostra foi selecionada a partir de dados fornecidos em prontuários, sendo incluído na pesquisa apenas pacientes com faixa etária de 12 a 18 anos de ambos os sexos. Os dados foram coletados na própria instituição, com autorização e termo de concordância assinado pelo responsável do setor.

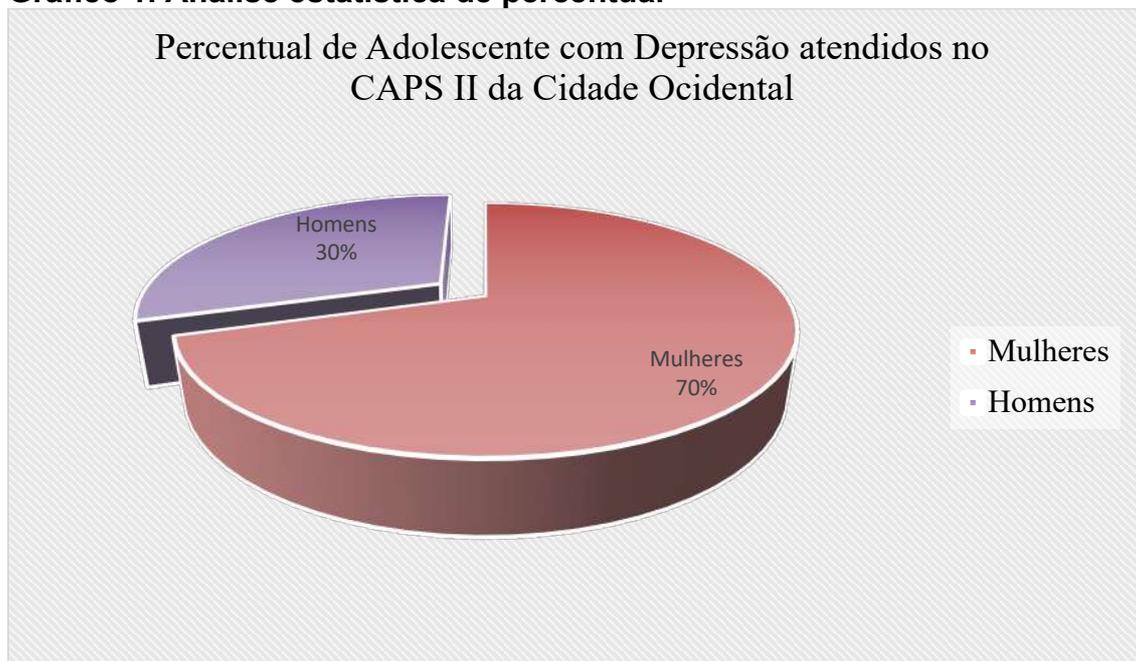
Para análise de resultados foram analisados nos prontuários idade e sexo dos pacientes, patologia da doença, relatos sobre o paciente quanto aos sintomas, possíveis causas da doença, tipo de tratamento e quais medicamentos mais prescritos pelo médico.

Resultado

Através de pesquisa realizada através de prontuários analisados, pode-se constatar que a depressão é uma doença grave que atinge um grande número de jovens, vale mencionar que não existe classe social ou condição socioeconômica, a depressão pode acometer pessoas de quaisquer idades. A depressão possui uma série de fatores, deve-se, portanto, existir um acompanhamento especializado.

De acordo com a pesquisa de campo realizada no CAPS II, constatamos que o índice maior em adolescentes com depressão, são as do sexo Feminino, em um percentual de 70%. Vale lembrar, porém, que este número é variável, tendo como constatação que muitos adolescentes não buscam atendimento. Seguido de 30% em paciente do sexo Masculino.

Gráfico 1. Análise estatística de percentual



Através da pesquisa realizada, pode-se também verificar que os principais sintomas relatados nos pacientes atendidos no CAPS II, com a maior incidência é o isolamento social, em seguida o choro constante, tristeza, insônia e medo conforme dados da Fig.2.

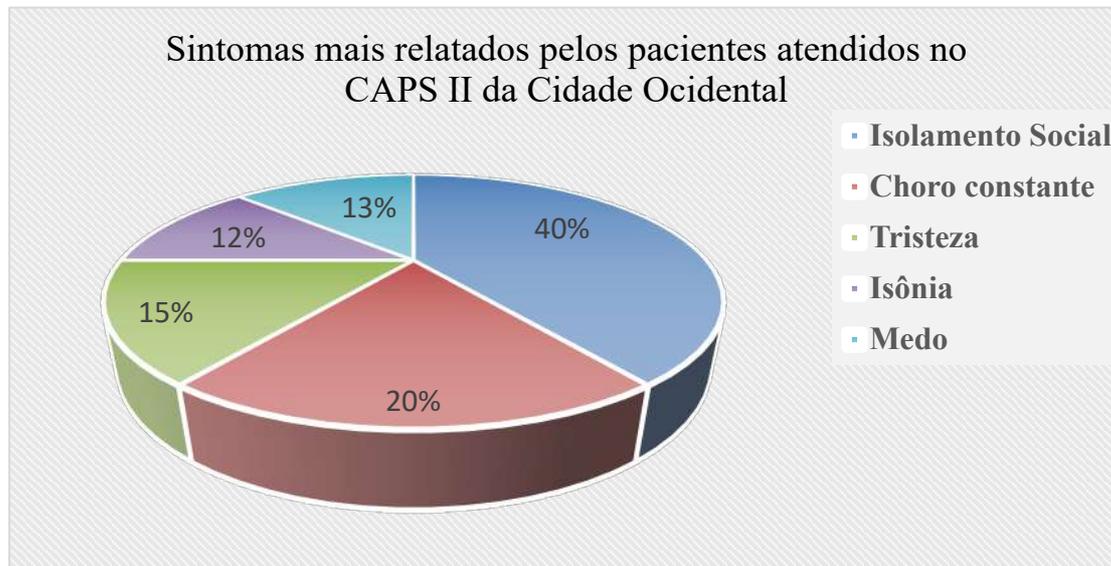
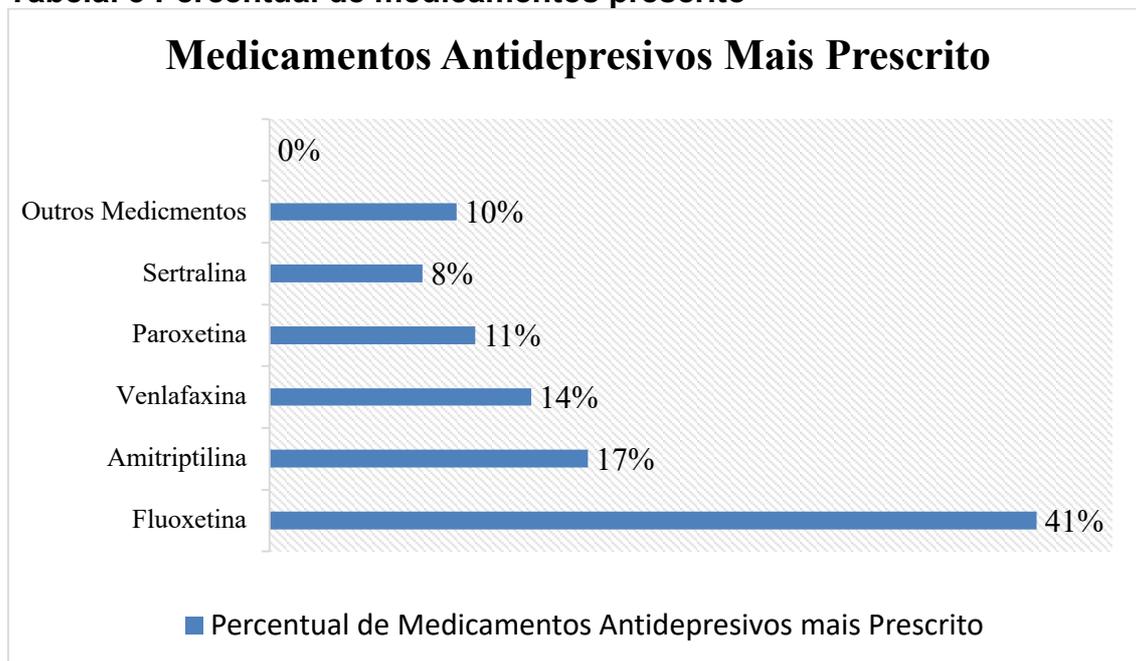


Gráfico 2: Análise Estatística dos Resultados

Ao analisar os prontuários pode-se concluir que dentre os medicamentos anti-depressivo mais prescrito pelo médico esta, em primeiro lugar a fluoxetina, medicamento presente no tratamento de 45 pacientes, resultando em uma porcentual de (41%,) depois vem Amitriptilina (17%), Venlafaxina (14%), Paroxetina (11%), Sertralina(8%), quem faz uso de outros medicamentos ficou na faixa de (10%), Conforme tabela 3.

Tabela. 3 Percentual de medicamentos prescrito



Discussão

Este presente estudo confirma que a adolescência é um período de grandes mudanças, de acordo com a pesquisa realizada um em cada cinco adolescentes possui algum tipo de problemas mentais relacionados com a depressão, e em muitos casos perseveram até a fase adulta. Existe um grande número de adolescentes em situação grave, e em muitas vezes tendo que ser submetidos ao uso de antidepressivos e ansiolíticos. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), a adolescência é um período marcada por inúmeras mudanças entre o período da puberdade a fase adulta, havendo mudanças tanto no âmbito físico quanto no psicológico.

A adolescência é um momento que pode ser propício para o surgimento de transtornos psiquiátricos, isso dá-se pois é uma fase em que os jovens tendem a sentir com maior profundidade, em muitas vezes as oscilações de humor são mais comuns nesse estágio.

No entanto, muitas vezes torna-se difícil reações emocionais intensas de transtornos depressivos, não serão todos os indivíduos que irão apresentar quadros depressivos, sendo, portanto, problemático estabelecer os limites do transtorno depressivo em adolescentes.

Conclusão

Através da realização desse artigo pode-se constatar que, a depressão é uma condição clínica grave e quer se não for tratada da maneira correta poderá ocasionar sérios problemas na vida adulta. Devem se considerar que pais, professores e demais profissionais devem trabalhar em conjunto.

A perturbação depressiva tem crescido nos últimos anos, os médicos dos cuidados de saúde primários de saúde são os primeiros a tomar contato com essa contrariedades ,sendo assim é importante a avaliação precoce de adolescentes com risco de desenvolver essa patologia.

Inumeras vezes esses sinais podem passar despercebidos, portanto há a necessidade de atenção aos primeiros sinais. Existem inumeras questões que precisam de respostas , embora a farmacoterapia seja um dos pilares do tratamento

para a depressão, várias utilização de medicamentos utilizados em adolescentes ainda permanecem sem respostas e são fontes de intensos debates .

Agradecimentos

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, Criador da vida, por nos dá forças para superar as dificuldades e vencer mais um obstáculo.

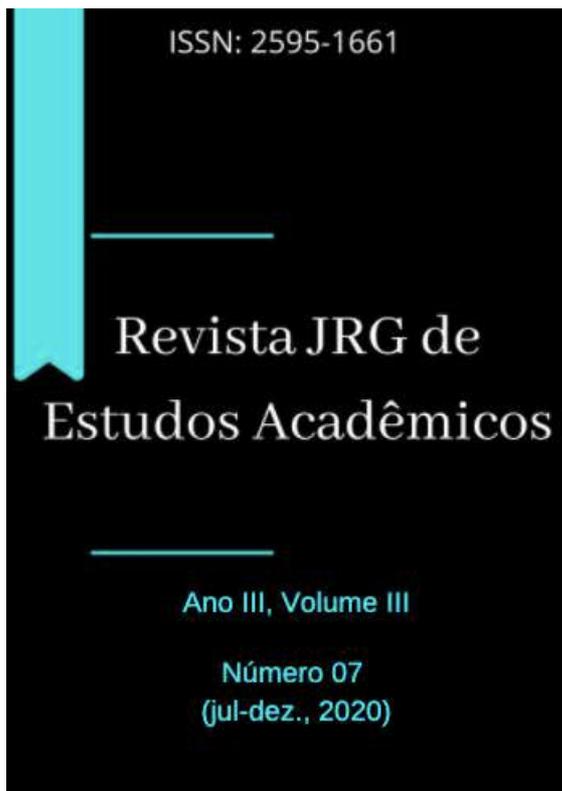
A nossa família por todo apoio e paciência ao longo da nossa vida acadêmica .

Aos nossos amigos e colegas por todo apoio e incentivo e momentos compartilhados.

Enfim somos gratos por todos que direta e indiretamente colaboraram para a realização de mais um ciclo concluído de nossas vidas.

Referências

1. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In: Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. 7ed. Porto Alegre: Artmed;2000. p.310-312
2. Harrington H. Transtornos depressivos em crianças e adolescentes: uma revisão. In: M. Maj, N. Sartorius, editores. Transtornos depressivos. 2 ed. Artmed: Porto Alegre; 2005. p.191- 215
3. Monteiro KCC, Lage AMV. A Depressão na Adolescência – Psicologia em Estudo, Maringá, 2007; 12 n.2, 257-265.
4. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, 78(5), 359-366; 2002.
5. Schneider ACN, Ramires VRR.Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. Aletheia, 26, 95-108, 2007.
6. Levisky DL. Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. Psychê, 6(10), 125-136, 2002.
7. Outeiral J. Adolescer 3ª ed,). Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2008.
8. Levy R. (2007). Adolescência: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico. Psicoanálisis, 29(2), 363-37
9. Oliveira WR, Freitas DL, Santiago RO, Campos STP , Morais ICO. Mostra científica da Farmacia: A Utilizacao de Antidepressivo na Adolencência 2019;6(1)



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **20/10/2020**

Data de reformulação: **27/10/2020**

Data do aceite: **03/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4253175>

Publicado: **2020-11-06**

SONO: FATOR DE RISCO PARA A QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

SLEEP: RISK FACTOR FOR THE QUALITY OF LIFE OF THE HEALTHCARE PROFESSIONAL

*Ingridy Priscila Veloso Miranda¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²*

Resumo

Objetivo: Demonstrar como o sono não reparador pode desencadear patologias que colocam em risco a qualidade de vida do profissional de saúde. Visa também mostrar a importância de se tratar o sono para prevenir futuras patologias que podem pôr em risco a qualidade de vida do profissional de saúde. **Metodologia:** foi feita uma busca em base de dados virtuais em saúde, das publicações, do período de 2013 até 2020, apresentadas no Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde - LILACS, Scientific Electronic Library Online – SciELO, National Library of Medicine – MEDLINE; Bancos de Dados em

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, DF.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Professor Titular da Universidade Paulista (UNIP-DF) e do Centro Universitário ICESP. Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Genética, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica

Enfermagem - BDEF. Foram utilizados os descritores: Transtornos da Sonolência Excessiva, fator de risco e qualidade de vida. **Resultados:** a partir da avaliação da qualidade do sono e da percepção da qualidade de vida, o profissional de saúde que trabalha no período noturno apresenta maior comprometimento na qualidade do sono e assim apresenta-se insatisfeito com sua qualidade de vida em relação ao profissional que trabalha no período diurno, o qual possui melhor qualidade de sono, estando mais satisfeito com sua qualidade de vida. **Conclusão:** os hospitais tem responsabilidades quanto à saúde física e mental dos trabalhadores noturnos, pois os padrões de sono dos enfermeiros precisam ser melhorados, assim como a qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-Chave: Transtornos da Sonolência Excessiva. Fatores de Riscos; Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: *To demonstrate how non-restorative sleep can trigger pathologies that put the health professional is quality of life at risk. It also aims to show the importance of treating sleep to prevent future pathologies that may jeopardize the health professional's quality of life.* **Methodology:** *a search was made in a virtual health database of publications, from 2013 to 2020, presented in the Latin American and Caribbean Health Sciences Information System - LILACS, Scientific Electronic Library Online - SciELO, National Library of Medicine - MEDLINE; Nursing Databases - BDEF. The descriptors were used: Excessive Sleepiness Disorders, risk factor and quality of life.* **Results:** *based on the assessment of sleep quality and the perception of quality of life, the health professional who works at night has a greater compromise in the quality of sleep and thus is dissatisfied with his quality of life in relation to the professional who he works during the day, which has better quality of sleep, being more satisfied with his quality of life.* **Conclusion:** *hospitals have responsibilities regarding the physical and mental health of night workers, as nurses' sleep patterns need to be improved, as well as the quality of life of these professionals.*

Keywords: *Disorders of Excessive Drowsiness. Risk Factors; Quality of life.*

Introdução

A duração do sono está se tornando um problema que incomoda a sociedade moderna. Estudos indicam que as pessoas que dormem menos têm maior risco de distúrbios do sono. O sono é uma atividade tranquilizadora, por isso é essencial para a continuidade e a qualidade de vida. Os profissionais de saúde precisam saber como reconhecer e diferenciar os distúrbios do sono e como lidar com essa situação que atinge grande parte da população ⁽¹⁾.

O sono é um estado funcional, cíclico e reverso, considerado essencial para manter muitas funções importantes. Durante o século 20, sua compreensão do domínio das ondas cerebrais se desenvolveu através da gravação por eletroencefalograma (EEG), que mostra as diferenças entre esses padrões de ondas durante o sono e a vigília ⁽²⁾.

O sono sempre foi um tópico que fascinou médicos e preservou pessoas. A descoberta de um centro de sono específico no cérebro mostra a complexidade e a interação necessárias para iniciar e apoiar esse processo. Na literatura científica

existem listados 84 distúrbios do sono. Cada um com uma descrição detalhada, um diagnóstico específico, uma duração e critérios sérios ⁽³⁾.

Atualmente, mudanças nos padrões de sono são muito comuns em crianças, adultos e idosos. Pesquisas internacionais indicam uma alta prevalência de distúrbios do sono em adultos (37 a 69,4%). Estudos realizados na cidade de São Paulo em 2010 mostraram que 32% dos pacientes com sintomas de insônia apresentavam sintomas de insônia e outros "distúrbios do sono" que teriam como causas principais as vigílias intermitentes e péssimas qualidades de vida no trabalho ⁽⁴⁾.

Durante o sono acontece alterações nas ondas cerebrais, há um relaxamento muscular, queda da temperatura corporal, os glóbulos oculares se movimentam, mudança do ritmo respiratório, das taxas hormonais e da frequência cardíaca ⁽⁵⁾.

A qualidade do sono foi estudada por muitos especialistas em todo o mundo. É claro que os distúrbios da qualidade do sono afetam diretamente a eficiência da produção e do trabalho das pessoas no mundo moderno ⁽⁶⁾.

O sono é dividido em cinco fases: a primeira fase é o sono, que pode durar até quinze minutos. O segundo estágio é o sono leve. Na terceira fase, o corpo começa a cair em um sono profundo, no qual as ondas cerebrais diminuem. O quarto estágio é o sono profundo, que destrói a energia diária de desgaste do corpo. O quinto estágio é quando a atividade cerebral acelera e o processo de formação dos sonhos começa ⁽⁷⁾.

Geralmente, um adulto deve dormir oito horas por dia. No entanto, não há regras para quanto tempo você dorme. Todos os indivíduos têm sua própria reação diante do ato de dormir e descansar ⁽⁸⁾.

Os distúrbios do sono podem estar associado não apenas a uma doença local provocada por anormalidades anatômicas, mais as características sistêmicas como hipertensão, obesidade central, diabetes e dislipidemia, que sugerem ser uma manifestação da síndrome metabólica ⁽⁹⁾.

Dessa forma, é notável a necessidade de se realizar estudos que confirmem os achados clínicos e epidemiológicos da associação entre o sono e a qualidade de vida do profissional de saúde, na tentativa de buscar novas alternativas de tratamentos.

Inúmeros fatores influenciam a qualidade do sono e têm sérias consequências para as pessoas. Os distúrbios do sono mais importantes são: doenças respiratórias da SAOS (síndrome da apneia obstrutiva do sono), bem como o ronco e a falta de respiração como a insônia. Tudo isso leva à fragmentação do sono e à redução da saturação da oxihemoglobina, representando um espectro contínuo ⁽⁹⁾.

Determinar a qualidade do sono em profissionais de saúde é importante para o desenvolvimento de estratégias para atender às crescentes necessidades dessa população, e os profissionais de saúde precisam estar cientes de um plano de ação cognitivo preventivo para manter a autonomia e a independência dessas pessoas no cotidiano ⁽¹⁾.

Justifica-se o tema em pauta, devido a importância de se estudar sobre a qualidade do sono dos profissionais de saúde, uma vez que, por meio de uma vida profissional com um sono em desacordo com as necessidades do corpo humano, pode acarretar problemas em diversas áreas da saúde, seja cardiovasculares, endócrinas e/ou sexuais.

Portanto o objetivo da pesquisa foi demonstrar como o sono não reparador pode desencadear patologias que colocam em risco a qualidade de vida do profissional de saúde, demonstrando a importância de se levantar dados relacionados

aos distúrbios do sono em profissionais de saúde, e a importância de se tratar o sono para prevenir futuras patologias que podem pôr em risco a qualidade de vida do profissional de saúde.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa com análise descritiva, e utilizou-se como fonte de coleta de dados a bibliografia, entendida como um conjunto de publicações encontrado em periódicos científicos, livros textos e documentos elaborados por instituições governamentais.

Para o resgate histórico utilizou-se livros, manuais e revistas que abordassem o tema. Realizada a leitura exploratória e seleção do material, iniciou a leitura analítica, por meio da leitura das obras selecionadas, que possibilitou a organização das ideias.

Após a definição do tema, foi feita uma busca em base de dados virtuais em saúde, das publicações, do período de 2015 até 2020, apresentadas no Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde - LILACS, Scientific Electronic Library Online – SciELO, National Library of Medicine – MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Sendo assim, para alcançar os objetivos da pesquisa a pergunta norteadora foi a seguinte: Como o sono, pode estar associado à qualidade de vida desses profissionais?

Para responder a pergunta norteadora, foram adotados critérios de inclusão critérios de inclusão, como, artigos em português e inglês, disponíveis gratuitamente nas bases e dados descritas, no período de 2013 à 2020, e que elencassem no mínimo três dos descritores utilizados que foram: transtornos da sonolência excessiva, fatores de riscos, enfermagem e qualidade de vida.

Com os parâmetros utilizados, foram encontrados 37 artigos nos mais diversos bancos de dados, sendo utilizados 23 artigos, e um trabalho de dissertação sobre o tema, pois, esses escolhidos cumpriam os critérios estabelecidos que foram de serem relevantes e contribuir com as argumentações científicas sobre o tema sono e qualidade de vida de profissionais das área de saúde.

Resultados e Discussão

Em um panorama geral, a revisão utilizou 24 publicações selecionadas, destacando a caracterização, os aspectos metodológicos e os temas específicos em pauta. No que diz respeito aos resultados dos artigos, identificou-se que a maioria (20) deles, faz referência a qualidade de sono, com as interferências no cotidiano do trabalho da enfermagem.

A maior parte dos estudos foi encontrada nos periódicos pesquisados (22), estão dentre os anos de 2015 a 2020, houve, apenas duas (exceções) no qual foi utilizado uma dissertação de 2010 e um periódico de 2013.

De acordo com o delineamento da pesquisa e o nível de evidência avaliado, houve predomínio de estudos originais e randomizados, no qual a síntese dos estudos expostos envolviam os seguintes temas e preocupações dos autores e pesquisadores sobre o tema: distúrbios do sono de enfermeiros, qualidade do sono de enfermeiros em plantões no turno da noite, seja em unidades hospitalares, ou em

unidades móveis de saúde, além dos estudos em casos de apneia e de Síndrome de Burnout.

Conceitos e definições: importância do sono

O sono é um estado biológico complexo, reversível e cíclico que se organiza em fases, que se caracterizam por traços eletroencefalográficos específicos. Como todas as funções fisiológicas, o sono segue um ritmo conhecido como circadiano e é caracterizado por períodos de 24 horas \pm 4 horas. Estímulos ambientais como ciclos claro-escuro, temperatura e principalmente a presença de luz, que são chamados coletivamente de temporizadores, podem influenciar o ritmo diário ^(10, 11).

A privação do sono tem grande influência nas funções cerebrais e orgânicas, por ser nesse período que o cérebro restabelece as condições no período precedente de vigília, sendo ele responsável pela reposição de energias, equilíbrio metabólico e pelo desenvolvimento físico e mental, e que sua falta acarreta em diversas alterações metabólicas, endócrinas, neurais, cognitivas, físicas e modificações no padrão normal de sono, que em conjunto acabam comprometendo a saúde e a qualidade de vida do sujeito nestas condições ⁽¹⁰⁾.

A necessidade de dormir é um processo comum a todos seres vivos e essenciais para a manutenção da saúde, diariamente rendimento e qualidade de vida. O sono é um fisiológico característica dos humanos; uma vez estabelecido o sono arquitetura de um indivíduo, é possível detectar e quantificar as mudanças que podem ocorrer. De várias estudos sobre o ciclo sono-vigília identificam padrões de sono semelhantes entre enfermeiras ⁽¹¹⁾.

O sono ocupa cerca de um terço da vida humana, o que é importante para fortalecer a memória, regular os níveis de hormônio e melhorar o desempenho motor. No entanto, ainda existe uma tendência generalizada de diminuir a quantidade e a qualidade do sono, o que pode causar sérios danos à saúde a longo prazo ⁽¹⁰⁾.

Transtornos e distúrbios do sono e qualidade de vida

A má qualidade do sono é um problema entre os trabalhadores que efetuam suas atividades em turno noturno. salienta alguns riscos provocados pela carência de sono em curto prazo, como: cansaço e sonolência diurna, irritabilidade, alterações de humor, perda da memória de fatos recentes, criatividade comprometida, redução da capacidade de planejar e executar, lentidão do raciocínio, desatenção e dificuldade de concentração, e em longo prazo: vigor físico e tônus muscular diminuído, envelhecimento precoce, comprometimento do sistema imunológico, tendência a desenvolver obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e gastrointestinais e perda da memória ⁽¹²⁾.

A segunda edição da Classificação Internacional de Transtornos do Sono (TS) lista mais de 90 tipos de TS distintos, porém convém destacar alguns que acometem com mais frequência os trabalhadores no Brasil: insônia, transtornos respiratórios relacionados ao sono, hipersonia de origem central não causada pelos transtornos do ritmo circadiano, transtornos do ritmo circadiano, transtornos respiratórios relacionados ao sono ou outras causas de sono noturno interrompido, transtornos do ritmo circadiano do sono, parassonias e transtornos do movimento relacionados ao sono ⁽¹³⁾.

Nas pesquisas em destaque, notou-se que na enfermagem, apesar da rotina de trabalho noturno com os desgastes comuns a saúde do trabalhador, muitos enfermeiros não admitem abandonar a profissão, pelo contrário eles optam por permanecer neste turno de trabalho, em função de suas necessidades pessoais, familiares e financeiras ⁽¹⁴⁾.

O sono desempenha papel fundamental na reposição de energia para o dia seguinte. A privação do sono causada pelo serviço noturno leva a fadiga mental e física, apatia e negligência. A privação desta fase do sono acarreta irritabilidade, dificuldades de memória e sintomas depressivos. No campo da saúde, o trabalho organiza-se em turnos, com atuação do mesmo profissional em turnos diferentes, sendo frequentes as longas jornadas de trabalho sem um descanso coerente, além da notória responsabilidade envolvida no cuidado a saúde humana ^(13, 15).

Neste contexto, deve-se estar atento às necessidades dos trabalhadores em saúde. Os hospitais precisam se preocupar mais com a saúde física e mental dos trabalhadores do turno noturno. Essas características podem preceder os sintomas de condições mais graves em seus funcionários, pois, em última instância, esses fatores podem influenciar negativamente ⁽¹¹⁾.

No Estudo transversal, observacional e prospectivo, com 264 profissionais de enfermagem em Botucatu, SP, entre janeiro e dezembro de 2010, Palhares (2014) em seus achados reconhece que, os profissionais de enfermagem que atuam de forma geral e em inúmeras atividades no hospital demonstram uma qualidade do sono prejudicada associada ao trabalho por turnos, independentemente da faixa etária idade e sexo. Essa deficiência afeta negativamente a qualidade de vida desses indivíduos ⁽¹⁶⁾.

Os enfermeiros que trabalhavam no período diurno apresentaram qualidade sono e, em relação aos domínios da qualidade de vida, obtiveram melhores resultados do que os profissionais que atuavam no noturno ⁽¹⁶⁾.

A má qualidade de vida dos enfermeiros que trabalham em vários turnos, tem como prerrogativa, a relação entre as noites sem dormir, o sono excessivo e a inquietação durante o trabalho. Esses fatores afetam os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, devido à tensão mental, estresse, problemas cardíacos e muitas vezes acomete o profissional com a Síndrome de Burnout ⁽¹⁷⁾.

Os efeitos da privação de sono acaba por atingir todas as categorias da profissão: o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro. Todos estão expostos a cargas de trabalho intensas e estressantes, pois lidam com a vida de pacientes em risco e muitas vezes têm que tomar decisões complexas ^(17, 18).

Enfermagem e as dificuldades de lidar com o trabalho e o sono

Problemas de sono são comuns entre trabalhadores em turnos da noite. O trabalho em turnos promove um aumento da sonolência diurna e uma diminuição dos alarmes individuais, e com isso existe o aumento do risco de acidentes no trabalho, que podem ocasionar lesões nos indivíduos durante seu trabalho e prejudicar a qualidade dos serviços prestados à saúde ⁽¹⁸⁾.

Os profissionais de saúde que visam prestar serviços de saúde à sociedade constituem um grupo de elevado risco de exposição a acidentes de trabalho devido aos riscos no seu ambiente de trabalho. De acordo com a literatura, os acidentes de trabalho são mais comuns entre enfermeiros do que outros profissionais de saúde. Enfermeiros que trabalham em hospitais e cuidam de pacientes 24 horas por dia, 7

dias por semana, geralmente precisam manter o desempenho ideal no trabalho. Assim, os achados destacam que no trabalho de enfermagem no ambiente hospitalar é comum o conflito na sincronização dos ritmos biológicos, tendo impacto direto no ciclo vigília / sono interferindo na qualidade de vida ^(16, 19).

Os cuidados de enfermagem à saúde estão geralmente disponíveis 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. Portanto, esses trabalhadores da saúde, acabam por se desdobrar para atender a demanda dos serviços prestados à população. O sistema de saúde, precisa ampliar seus quadros de funcionários enfermeiros, para garantir quantidade suficiente de profissionais nas unidades hospitalares e assim dar atenção integral ao paciente, com qualidade de vida no trabalho ⁽²⁰⁾.

Os enfermeiros representam o maior grupo de profissionais atuantes no sistema de saúde no Brasil e são reconhecidos por suas longas jornadas de seis, oito e 12 horas diurnas e noturnas com um dia de descanso semanal ou 36 horas de descanso. Para profissionais com longas jornadas de trabalho, as atividades diárias podem resultar em exaustão e fadiga, muitas vezes devido à privação de sono, principalmente nos turnos noturnos ou de plantão. Estudos também identificaram que a privação do sono é um determinante negativo da saúde, e querer ajustar o relógio biológico e trazer o ciclo sono / vigília para o trabalho de rotina não é tarefa fácil para os trabalhadores em enfermagem ^(11, 20).

Considerando o papel do sono na vida dos indivíduos e os efeitos nocivos da privação de sono, podemos afirmar que um nível de sono inadequado tem repercussões diretas na qualidade de vida, causando isolamento social, ansiedade e baixa autoestima, além de vários sintomas físicos. Qualidade do sono e qualidade de vida estão intimamente relacionados. Nossos resultados apoiam este conceito, mostrando que as alterações do sono foram consistentemente associadas com o comprometimento da qualidade de vida. Qualidade do sono, que também tem uma base multifatorial, apresentou-se fraca, mas significativa, correlação com a qualidade de vida ⁽²⁰⁾.

Diante do papel do sono na vida do indivíduo e dos malefícios da privação do sono, pode-se afirmar que níveis inadequados de sono impactam diretamente na qualidade de vida, causando isolamento social, ansiedade e baixa autoestima, além de diversos sintomas físicos. A qualidade do sono e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas. Nossos resultados apoiam esse conceito e mostram que os distúrbios do sono estão consistentemente associados a uma redução da qualidade de vida ^(13, 20).

Na literatura especializada pesquisada, destaca-se que o hospital é uma organização complexa, cujo processo de trabalho depende da combinação de conhecimentos de diferentes grupos profissionais. A enfermagem tem papel fundamental nas dinâmicas de trabalho, incluindo todo seu efetivo profissional constituído de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. O equilíbrio e qualidade de vida no trabalho são peças importantes para o bom desempenho das atividades desses colaboradores ⁽²¹⁾.

Relação do sono e o adoecimento do enfermeiro

Atualmente, os estudos mostram que o enfermeiro faz parte de uma população de profissionais, no qual tem sofrido danos à saúde, especialmente aqueles que trabalham no turno da noite. O serviço noturno é fundamental para a enfermagem, mas prejudica a saúde do trabalhador, desgastando-os, favorecendo o

aparecimento de comorbidades, sintomas mentais e físicos que interferem diretamente na qualidade do trabalho e na suas relações sociais ⁽²²⁾.

Além dos o trabalho em período noturno, autores destacam que a enfermagem tem vários fatores associados que acarretam prejuízos a vida do profissional, como: sobrepeso, obesidade visceral, sedentarismo, uso de álcool e privação do sono ⁽¹⁵⁾.

De acordo com os estudos recentes que investigaram o padrão de sono das equipes de enfermagem, é possível julgar que os prejuízos na dinâmica do sono podem estar relacionados com a alta prevalência de sobrepeso e obesidade ^(15, 22).

Além desses fatores, sabe-se que o hospital é um ambiente em que os trabalhadores podem estar expostos constantemente a diversos riscos de infecções relacionadas à saúde, bem como aos acidentes de trabalho ^(14, 15).

A enfermagem requer atenção e muitas vezes envolve atividades de alto nível de dificuldade e responsabilidade. Fatores como ritmo acelerado, horas de trabalho excessivas e o trabalho em turnos pode levar ao estresse ocupacional. A perda de sono afeta o desempenho cognitivo. Os distúrbios do sono produzidos por turnos de trabalho alternados consistem, fundamentalmente, nos sintomas de insônia e de sonolência diurna excessiva ⁽²³⁾.

Além dos distúrbios de sono, os trabalhadores em turnos apresentam maior risco para enfermidades cardiovasculares, gastrintestinais e infertilidade. A sonolência excessiva e o déficit de atenção durante o trabalho (e fora dele) implicam também riscos para a segurança do trabalhador e seu relacionamento ⁽²³⁾.

Na pesquisa “os agravos do sono em profissionais de enfermagem” os autores identificaram que mais de 50% dos profissionais de enfermagem apresentam distúrbios do sono descreveram esforço para permanecer acordado nos dias de trabalho, sofrem sonolência extrema e houve relatos de uso de medicação prescrita para dormir. O sofrimento fisiológico e psicológico tem relação direta com a carência do sono. A prevalência de Sonolência Diurna Excessiva é refletida nas queixas de Insônia sendo desenvolvida pelos profissionais de enfermagem ⁽¹⁰⁾.

Percebeu-se nas pesquisas feitas que os profissionais da área da enfermagem do turno noturno apresentam uma elevada prevalência de sonolência diurna excessiva e de insônia se comparados aos profissionais do diurno ⁽¹³⁾.

O trabalho em turnos mostrou-se para a população estudada fonte de efeitos de grande importância à saúde, no que diz respeito aos aspectos físicos, emocionais e sociais ⁽¹⁷⁾.

Mesmo sabendo que não se pode alterar a herança genética de um indivíduo, a elevada prevalência de fatores de risco modificáveis na vida dos enfermeiros constitui-se em uma situação relevante ao pensar que, por serem estudantes da área de saúde discutem questões acadêmicas sobre as doenças cardiovasculares e seu impacto negativo na vida do indivíduo, e por isso esperava-se que os mesmos adotassem hábitos de vida mais saudáveis para a promoção da saúde ⁽²⁴⁾.

Conclusão

Ao discutir questões de sono e a profissão de enfermagem, deve-se observar que as preocupações se concentram nos distúrbios do sono em que os estudos destacam, com isso a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem é afetada diretamente, comprometendo a postura profissional e a atenção à saúde a todos.

Este estudo tem fortes evidências na literatura científica sobre o impacto psicológico, biológico e fisiológico que afetam os profissionais de saúde em situações de apneia, distúrbios diversos de sono em seu ambiente de trabalho.

É importante reconhecer que os estudos aqui descritos reconhecem que o profissional enfermeiro vivencia uma carga de trabalho muitas vezes, ininterrupta e em períodos noturnos, onde o ciclo do sono é afetado, e assim vários problemas surgem, como irritabilidade, ansiedade, cansaço crônico, problemas cardíacos dentre outros.

Os achados da pesquisa apontam que as alterações e insatisfação com o sono, acarretam, também, problemas na vida do enfermeiro que envolve a saúde física e mental, formando um ciclo nocivo, pois as causas de problemas de saúde são devidas ao ritmo de trabalho e privação do sono, e assim, a prestação de serviços em longos períodos noturnos pode ser comprometida, em sua qualidade.

Conclui-se que os hospitais tem responsabilidades quanto à saúde física e mental dos trabalhadores noturnos, pois os padrões de sono dos enfermeiros precisam ser melhorados, assim como a qualidade de vida desses profissionais.

Referências

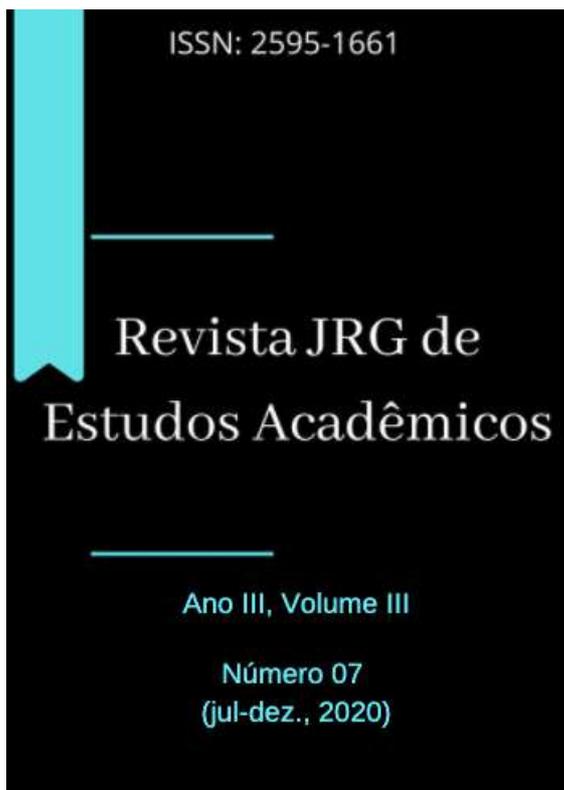
1. Silva KKM, Lima GAF, Gonçalves RG. Alterações do sono e a interferência na qualidade de vida no envelhecimento. Revista de enfermagem, UFPE. Recife. 2017; 422-8.
2. Machado AKF. Problemas do sono em população rural do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2018. 52(Suppl 01) 5s.
3. Ravagnani JS, Crivelaro, PMS. Qualidade de sono e percepção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. (Dissertação), Lins. 2010, 85p. il. 31cm.
4. Zanuto EAC et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2015;18(1):42-53.
5. Souza EL. Conscientização e expressividade corporal com base na Educação Somática: reflexões, diretrizes e repertório de temas para estudo do movimento. (Dissertação de doutorado), 2016. 358.
6. Corrêa CC, Oliveira FK, Pizzamiglio DS, Ortolan EVP, Weber SAT. Qualidade de sono em estudantes de medicina: comparação das diferentes fases do curso. J. bras. Pneumol. [Internet]. 2017, 43(4): 285-289.
7. Neves GSML, Macedo P, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (1/2), Revista Brasileira de Neurologia. Rev Bras Neurol. 2017, 53(3):19-30.
8. Magalhães F, Mataruna J. Sono. Orgs. Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2018, pp. 103-120.

9. Fonseca GC. Sistema para detecção automática de eventos de ronco, apneia e movimento periódico de pernas em exames de PSG, Itajubá. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Universidade Federal de Itajubá. 2013, 90 p.
10. Souza AC, Passos JP. Os agravos do distúrbio do sono em profissionais de enfermagem. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. 2015; 1(2):165-176.
11. Faria MO, Moraes Filho IM, Cunha IMS, Silva KRG, Alves P, Brasileiro MSE. Repercussões do trabalho noturno junto ao profissional enfermeiro. Rev Inic Cient Ext. 2019; 2 (3): 139-46.
12. Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. Rev. Col. Bras. Cir. 2016 DeC; 43(6): 438-444.
13. Santana L. Distúrbios do sono em trabalhadores de enfermagem: revisão da literatura. Revista Científica FacMais, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018.
14. Pinheiro LMG, Souza NC, Oliveira PG. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem que atuam em hospital privado no período noturno. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista. 2015; 8(2):194-205.
15. Silva JSX, Silva RM, Cangussu DDD, Moraes-Filho IM, Perez MA, Proença MFR. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência. REVISA. 2019; 8(3):264-72 Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p264a272>.
16. Viana MCO, Bezerra CM, Silva KK, De Martino MM, Oliveira AP, Torres GV, Silva DM, Souza AM, et al. Qualidade de vida e sono de enfermeiros nos turnos hospitalares. Rev Cubana Enferm. 2019 ;35(2):131-9.
17. Silva ES et al. Avaliação da qualidade do sono e sua relação com a qualidade de vida de trabalhadores noturnos da enfermagem do hospital de São Lourenço-MG. Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018
18. Guerra PC; Oliveira NF; Terreri MTS; Lemos RA; Ramos Len CA. Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil. Rev. esc. enferm. USP. 2016; 50(2): 279-285.
19. Celikkalp Ü, Dilek F. Factors affecting the occupational accident rates among nurses. Rev. esc. enferm. Rev. esc. enferm. USP. 2019; 53(1): 3524-34
20. Palhares VC, Corrente JE, Matsubara BB. Associação entre qualidade de sono e qualidade de vida em profissionais de enfermagem em turno rotativo. Revista Saúde Pública, agosto de 2014; 48 (4): 594-601.
21. Simões J, Bianchi LRO. Prevalência da Síndrome de Burnout e qualidade do sono em trabalhadores técnicos de enfermagem. Revista Saúde e Pesquisa. 2016; 9(3):473-481.

22. Moreira MM, Marcondes C, Geremia DS. Padrões de sono entre os profissionais de enfermagem. *Revista de Atenção à Saúde*. 2015; 13(44):11-16.

23. Silva KKM, Martino MMF, Viana MCO, Bezerra CMB, Miranda FAN. Relationship between work shifts and quality of sleep 57 of nurses: a descriptive study. *Online braz j nurs*. 2017; 16 (1):57-63.

24. Daltro MCSL. Qualidade do sono de profissionais noturnos de um hospital em um município do sertão paraibano. *Fisioterapia Brasil*. 2018; 19(5): 252-58.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **21/10/2020**

Data de reformulação: **29/10/2020**

Data do aceite: **05/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4253230>

Publicado: **2020-11-06**

**ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PRÁTICA DE
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

*ADHERENCE OF HEALTH PROFESSIONALS TO THE HAND
HYGIENIZATION PRACTICE IN A HOSPITAL ENVIRONMENT: AN
INTEGRATIVE REVIEW*

*Camila Hevilin Cardoso Gomes
Marco Aurélio Ninomia Passos*

RESUMO

Objetivo: Analisar o percentual de adesão quanto à higienização das mãos dos profissionais que prestam a assistência direta aos pacientes hospitalizados por meio de uma revisão de literatura, e identificar os fatores que interferem para realização da técnica e estratégias de atuação de forma a aumentar a mesma. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa com análise descritiva desenvolvida através de publicações científicas preferencialmente, no período de 2013 a 2020, utilizando para levantamento dos dados artigos disponíveis na íntegra na base de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); BDEFN, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). **Resultados:** Revisaram-se 12 artigos, e agrupados por semelhança didática na categoria temática proposta, a fim de obter um conjunto de hipóteses e conclusões das pesquisas escolhidas, os resultados serão discutidos a partir de duas categorias criadas: “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde” e “Adesão dos Profissionais de Saúde sobre a Higienização das Mãos”. **Conclusão:** A partir do

estudo realizado tendo em vista os objetivos propostos no estudo, verifica-se que, de forma geral, há baixa adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde em comparação com o grau de conhecimento técnico sobre o assunto, no qual a teoria não se aplica na prática da assistência prestada, as medidas a serem adotadas são direcionadas para o incentivo à adesão à higienização das mãos, no sentido de gerar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, bem como adequar os recursos para contemplar a prática de higienização das mãos.

Palavras-chave: Higienização das mãos, infecção hospitalar, adesão à higiene das mãos.

ABSTRACT

Objective: *Analyze the percentage of adherence as for hands hygiene of the professionals who provide direct assistance to hospitalized patients through a literature review, and identify the factors who interfere for the technique realization and performance strategies in order to increase.* **Methodology:** *It's about a integrative review with descriptive analysis developed through scientific publications preferably, in the period of 2013 to 2020, utilizing to data surveys articles unavailable in full in the portal database of the Virtual Health Library (VHL); BDNF, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) an Scientific Electronic Library Online (SCIELO).* **Results:** *12 articles were reviewed, and grouped by didactic similarity in the proposal thematic category in order to get set of hypotheses and conclusions of the researches chosen, the results will be discussed from two categories created "Healthcare-related Infections" and " Health Professionals' Adherence to Hand Hygiene".* **Conclusion:** *From the realized studies in view of the objectives proposed in the study, it turns out that, in general, there is low adhesion to hands sanitization for the health professionals compared to the degree of technicals knowledge about the subject, in which the theory don't apply in the practice of the provided assistance, the measures to be adopted are directed to encouraging membership to the hands sanitization, in the sense of generating changes in the health professionals behavior, as well as adjust the resources to contemplate the practice of hands sanitization.*

Keywords: *Hands sanitization, hospital infection, adherence to hands sanitization.*

INTRODUÇÃO

Dentro de um ambiente hospitalar, a proliferação de doenças é de alta intensidade, e o maior índice de propagação é através do contato. As infecções relacionadas à assistência à saúde continuam a se apresentar como um grave problema de saúde pública no país. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) afirma que as infecções estão associadas a um aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internação e, conseqüentemente, custos com o tratamento^{1,2}.

A Higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto, e comprovada a eficácia na prevenção das infecções, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos e visa à segurança do paciente, dos

profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados dos pacientes. Estudos mostram que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está associada a uma redução nas taxas de infecção em serviços de saúde, pois, é uma das complicações que podem ser adquiridas durante a hospitalização e representam um sério problema de saúde².

Embora a ação seja simples, o não cumprimento dessa prática pelos profissionais de saúde ainda é considerado um desafio para o controle de infecção, pois, apesar de todo o serviço hospitalar fornecer produtos para a lavagem e assepsia das mãos, e a existência de cartazes ilustrativos demonstrando e incentivando toda a etapa da técnica e sua importância, os profissionais não realizam o procedimento conforme recomendação, sendo necessários treinamentos com as equipes, métodos que sensibilizem todos da importância de uma higiene correta das mãos, para dessa forma tentar minimizar os índices de infecção³.

Com a publicação do programa nacional de segurança do paciente, a higienização das mãos tem se destacado ainda mais como medida primária e eficaz de prevenção das IRAS. Dessa forma, é imprescindível que todos os serviços de saúde cumpram o seu papel, priorizando as práticas de higienização das mãos, oferecendo assistência segura, de acordo com as necessidades de saúde do paciente, e se preocupando também com a minimização de riscos. A assistência não deve estar baseada somente em rotinas, é necessário investir em material humano qualificado, treinamento de equipe multidisciplinar, orientações para pacientes⁴.

A equipe de saúde precisa estar consciente de que mesmo na execução de procedimentos nos quais se percebe baixo risco pode ocorrer a propagação de IRAS. Esse problema agrava-se em unidade de terapia intensiva (UTI), nas quais as taxas de infecções hospitalares, em relação às demais unidades de um hospital, é geralmente causado por pacientes com suscetibilidade aumentada a infecções, tanto pelo estado clínico, como pelos procedimentos invasivos e risco aumentados de transmissão de microrganismos entre pacientes⁵.

As infecções relacionadas à assistência à saúde, representam o mais frequente tipo de evento adverso decorrente do cuidado. Consideradas como resultado não esperado pela assistência, além de serem responsáveis por altas taxas de morbidade e mortalidade, também podem ocasionar no prolongamento do tempo de internação, aumento da resistência de microrganismos a antimicrobianos⁶.

As indicações para higiene das mãos são representadas pelas situações definidas pela OMS: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluídos corpóreos, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente (mesa de apoio, equipamentos, mobiliários e outros) são momentos considerados de alto risco para transmissão de microrganismos. Para cada oportunidade de higienização, espera-se a realização desse ato, e em algumas situações durante a assistência mais de uma oportunidade de higiene das mãos pode ser contemplada por apenas um ato de higiene das mãos. Este, por sua vez, engloba a higiene das mãos com água e sabão ou fricção com álcool a 70% de acordo com a indicação. O uso de água e sabão é altamente recomendado quando as mãos estiverem visivelmente sujas, sendo o uso de soluções alcoólicas

aconselhado para todas as demais situações da assistência em que as mãos não estiverem visivelmente sujas¹.

A observação direta das oportunidades de higienização das mãos tem sido a abordagem mais utilizada e bem aceita pelos pesquisadores para avaliar o comportamento e a aderência dos profissionais de saúde, às medidas de controle de infecção, sendo considerada pela OMS padrão ouro para monitoração dessa prática. Para as observações diretas, encontra-se a possibilidade de analisar diferentes categorias profissionais, turnos distintos de trabalho, além de diversas técnicas disponíveis para HM, o que se torna uma vantagem às instituições que desejam melhorar a adesão, pois permite avaliar características específicas de cada localidade.

Portanto, esse trabalho teve como objetivo analisar a adesão dos profissionais de saúde a prática de higienização das mãos em ambiente hospitalar por meio de uma revisão de literatura, relatando também as infecções relacionadas à assistência à saúde e identificando os fatores que interferem para realização da técnica e estratégias de atuação de forma a aumentar a mesma.

METODOLOGIA

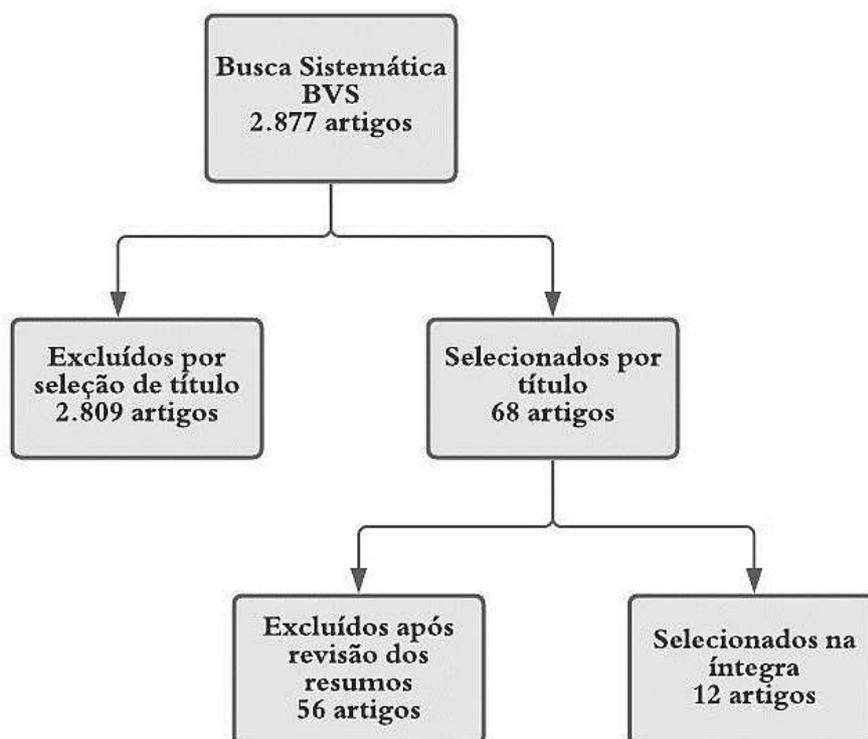
Trata-se de uma revisão integrativa com análise descritiva desenvolvida através de publicações científicas preferencialmente, no período de 2013 a 2020 utilizando para levantamento dos dados artigos disponíveis na íntegra na base de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - BDENF, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e apenas artigos na língua portuguesa.

Esta análise irá identificar a importância a adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde que prestam assistência ao paciente como maneira primordial à prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, proporcionando a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática⁷.

Para determinar o método de inclusão para os estudos que irão compor essa pesquisa, se deu por meio da identificação dos artigos que estavam relacionados a temática “Adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos em ambiente hospitalar”, com vínculo na pesquisa em unidade hospitalar, que foram localizados através da busca com os seguintes descritores “higienização das mãos”, “infecção hospitalar”, “adesão à higiene das mãos”, nos últimos sete anos (2013 a 2020), a seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta ao DECs (descritores de assunto em ciências da saúde).

Como critérios de exclusão, estão os artigos publicados em anos anteriores a 2013, em idiomas que não são o português, que não apresentam relação com o tema proposto ou não tem vínculo com unidade hospitalar.

Com os métodos utilizados, foram encontrados 2.877 artigos no banco de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Para os resultados das buscas, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos títulos, sendo descartados aqueles que evidentemente não se relacionavam ao tema proposto; idioma em português; e ano de publicação. Após essa primeira seleção, foram avaliados pelo resumo 68 artigos pelos métodos de inclusão para uma segunda seleção, esses foram obtidos e analisados na íntegra. Após leitura criteriosa, apenas 12 artigos atenderam rigorosamente os critérios de inclusão. A figura 1 mostra o fluxograma com a estratégia utilizada para esses métodos citados.



Fonte: Própria autora (2020)

Figura 1 – Fluxograma do método de inclusão e exclusão na seleção dos artigos

Para extrair os dados relevantes dos artigos selecionados, utilizou-se uma metodologia previamente elaborada. Dessa forma, adotou-se como ferramenta de consolidação uma tabela, na qual se agruparam as seguintes informações: Número de ordem do artigo a fim de uma melhor visualização quando da leitura da discussão, título do trabalho, autor (es), objetivo (s), método (s), conclusão e ano de publicação^{7,12}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir na tabela 1, será apresentado de forma sucinta as informações gerais dos artigos incluídos nesta revisão.⁷

Tabela 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

	Título	Autor	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 1	Adesão à higiene de mãos: Intervenção e avaliação	Trannin KPP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA	Observar a adesão a higiene das mãos por profissionais de saúde de um Serviço de Emergência de Hospital Universitário, no estado de São Paulo, e verificar se houve modificação na adesão após a realização de /intervenção educativa, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013.	Trata-se de uma pesquisa quase experimental, com abordagem quantitativa, de objetivo explicativa, por meio da observação direta.	Conclui-se que a higienização das mãos esteve aquém do esperado e que estratégias educativas favorecem a adesão. Diante do exposto, ressalta-se a importância de intervenções educacionais em HM nos serviços de saúde, nesse contexto, há necessidade de o enfermeiro apropriar-se da sua função educadora, como recurso para promoção e prevenção de IRAS.	2016

Artigo 2	Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva	Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC	Identificar a adesão à Higienização das Mãos dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para adultos de um hospital universitário público.	Estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa, no período de maio a outubro de 2016.	A taxa de adesão a HM foi muito baixa, conclui-se que a adesão a HM pelos profissionais apresentou-se muito deficitária, com destaque para os momentos antes da realização de procedimentos assépticos e antes do contato com o paciente. Almeja-se que o enfermeiro protagonize as ações de melhoria ao cuidado para o alavanque da segurança do paciente.	2018
Artigo 3	Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva	Silva BR, Carreiro MA, Simões BFT, Paula DG	Caracterizar a adesão da prática de higienização das mãos pelos profissionais de saúde.	Estudo transversal, com a equipe multidisciplinar da UTI, entre janeiro e fevereiro de 2017, realizado por meio da observação direta.	Verificou-se baixa a adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde. Houve maior adesão nas indicações que refletem proteção do paciente. Contudo, a categoria enfermeiro é a que mais higieniza as mãos antes e após o contato com o paciente, conforme técnica correta.	2018
Artigo 4	Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas	Raimondi DC, Bernal SCZ, Souza VS, Oliveira JLC, Matsuda LM	Investigar a adesão da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica a higienização das mãos.	Estudo descritivo transversal, com a coleta de dados realizada entre fevereiro e março de 2015, por meio da técnica de observação sistemática.	A adesão das equipes investigadas se apresentou insatisfatória à higienização das mãos nos momentos preconizados pela OMS e ANVISA. Além disso, aos profissionais técnicos de enfermagem se mostraram menos aderentes à prática de segurança do paciente do que os enfermeiros, sugere-se investigação com foco na responsabilidade profissional do enfermeiro, relacionado a prática segura.	2017
Artigo 5	Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva	Alvim ALS, Reis LC, Couto BRGM, Starling CEFS, Vaz R	Avaliar as práticas de higienização das mãos em unidades de terapia intensiva.	Estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa, no período de julho/2016 a julho/2017, por meio da análise do banco de dados do SCIH do hospital referido.	Conclui-se que a prática de HM entre profissionais da equipe multidisciplinar ainda precisa ser aprimorada no hospital de estudo, principalmente entre os técnicos de enfermagem. É fundamental que os SCIH incentivem a educação permanente dos atores envolvidos sensibilizando a importância dessa medida juntamente com as lideranças institucionais.	2018

(Continua)

(Continuação)

Tabela 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

	Título	Autor	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 6	Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos.	Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCSM, Monteiro SAO	Identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma Unidade de terapia intensiva aos cinco momentos de higienização das mãos.	Estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, embasado em dados secundários de um banco de dados de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, de julho a dezembro de 2012.	Conclui-se que apesar do conhecimento adquirido ao longo do tempo e a sensibilização pelas campanhas realizadas, a adesão à HM pelos profissionais de saúde está distante das diretrizes nacionais e internacionais, principalmente frente ao cenário atual, com o aumento de infecções por microrganismos multirresistentes, o que é um risco a segurança do paciente e profissionais.	2015

Artigo 7	A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos	Oliveira AC, Paula AO	Verificar os aspectos relacionados à percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos	Estudo transversal, realizado em uma unidade de pronto atendimento, aos profissionais que prestavam assistência direta ao paciente no período de agosto a outubro de 2013.	Os profissionais percebem a HM como uma medida eficaz de controle de infecções e reconhecem que as taxas de adesão das equipes de saúde em geral, são baixas. Dessa forma, fica evidente a importância de se continuar enviando esforços para desvendar os aspectos relacionados à adesão a HM entre a equipe multiprofissional.	2017
Artigo 8	Controle das infecções na assistência à saúde relacionada à higienização das mãos	Melo MHC, Leal ACAM	Descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionada a higienização das mãos, caracterizar a importância atribuída pela equipe de enfermagem ao procedimento para prevenir as infecções e discutir os momentos em que os profissionais realizam a HM.	Pesquisa de natureza descritiva, exploratória, de campo e com abordagem qualitativa, a coleta se deu nos meses de setembro a novembro de 2013.	O estudo mostrou que ainda existem algumas barreiras na prática do controle das infecções hospitalares, os profissionais de enfermagem são, na maioria, detentores do conhecimento sobre a higienização das mãos e que os mesmos consideram esse procedimento imprescindível no controle das infecções.	2015
Artigo 9	Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar	Soares MRN, Souza DJ, Ferreira MBGF, Senne ECV, Paiva L, Contim D	Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de enfermagem sobre higienização das mãos.	Estudo descritivo, seccional, de abordagem quantitativa, os dados foram coletados no período de setembro/2014 a março/2015.	Observa-se que na maioria das situações a HM era vista como uma técnica indispensável na prevenção de infecções. Destacam-se resultados positivos diante das rotinas de HM, porém, a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de dispensadores de álcool gel foram apontados pelos profissionais como dificultadores para a adesão.	2017
Artigo 10	Controle de Infecções a pacientes em precaução de contato	Barros FE, Soares E, Teixeira MLO, Branco EMSC	Descrever o conhecimento do enfermeiro sobre as medidas precaução de contato.	Estudo qualitativo, descritivo, análise de conteúdos e construção de eixos temáticos.	Evidenciaram-se lacunas no conhecimento dos participantes acerca da implementação das medidas de controle de infecções diante da precaução de contato, principalmente quanto ao uso da paramentação e higienização das mãos.	2019
Artigo 11	Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos	Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Inoue KC, Matsuda LM	Analisar o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre a higienização das mãos.	Estudo analítico, de abordagem quantitativa, realizado no mês de janeiro de 2014.	Conclui-se que os profissionais investigados não conheciam na íntegra instrução para higienização das mãos. Sugere-se que o tema seja abordado com as equipes, por meio de processos educativos permanentes, pautados em metodologias ativas.	2016
Artigo 12	Higienização das mãos: conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde	Oliveira MS, Leuthier RM, Filho JRO, Leite MAP, Fernandes LGS, Santos AF, Albuquerque KF, Correia KG	Avaliar o conhecimento e a compreensão dos profissionais da saúde em relação à prática de higiene das mãos.	Estudo quantitativo, transversal, coletaram-se os dados nos meses de setembro de outubro de 2017.	Revela-se que apesar de a equipe profissional ter uma percepção adequada da importância da higienização das mãos e ter conhecimento sobre o tema, isso não se reflete no cotidiano, demonstra-se a necessidade de um programa de treinamentos sobre o tema.	2019

Com base na análise de conteúdo, de acordo com os aspectos abordados, os resultados serão discutidos a partir de duas categorias criadas: “Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde” e “Adesão dos Profissionais de Saúde sobre a Higienização das Mãos”.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), constituem mundialmente um dos maiores problemas de segurança do paciente a serem enfrentados, um relevante problema e desafio que merece destaque clínico, epidemiológico e gerencial. Isso porque, nos diversos espaços assistenciais, as IRAS podem ocasionar aumento de custos para o sistema de saúde, além de constituírem uma ameaça à segurança não só dos usuários, quanto para os trabalhadores também^{5,8}.

Conceitualmente, considera-se infecção hospitalar toda infecção que acometem o indivíduo durante sua hospitalização, a partir de 48 a 72 horas da

sua internação, e que possam ser associadas a internação ou a algum procedimento assistencial, seja ele terapêutico ou de diagnóstico, consideradas também as infecções pós alta que podem estar relacionadas ao período de internação, como por exemplo infecções de sítio cirúrgico, e com o crescimento da resistência microbiana, muitas infecções são associadas a algum microrganismo e/ou dispositivo invasivo⁹.

Os artigos 2,3,5 e 6 enfatizam que os maiores índices de Infecções Hospitalares são relacionados ao nível de complexidade do cuidado, tendo o maior risco de desenvolvimento de IRAS em setores críticos, e a relevância da equipe de enfermagem no cuidado direto aos doentes internados nesses ambientes^{5,10,12,13}, que segundo o artigo 4 são setores de alta complexidade destinados a pacientes considerados vulneráveis, como Unidades de Terapia Intensiva Infantil e Adulto¹¹.

Com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre as melhores práticas de higienização das mãos e prevenir a transmissão de microrganismos, em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o Protocolo para a Prática de Higienização das Mãos em Serviço de Saúde, com uma nota técnica atualizada em 01/2018, o qual indica a técnica correta e os cinco momentos que são preconizados em que os profissionais de saúde devem higienizar as mãos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluídos corpóreos, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente⁴.

Os estudos analisados nessa revisão apresentam abordagem metodológica similar. A metodologia para coleta de dados dos artigos 1,2,3 e 4 se deu por meio da observação direta da Higienização das Mãos, estratégia que tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde o “padrão ouro” para a monitorização da adesão^{14,5,10,11}. Essa técnica consiste na inserção de um observador no ambiente de trabalho, para que este avalie se o profissional de saúde está realizando a prática de acordo com o que é preconizado, na forma e momento adequados¹. O artigo 6 refere a um ponto de fragilidade no que se refere a essa metodologia, trata-se do efeito *Hawthorne*, que diz respeito à mudança de atitude dos profissionais pelo fato de estarem sendo observados, o que pode ser uma limitação desse estudo¹³.

A metodologia dos artigos 5 e 6, foram embasadas em pesquisas secundárias por meio de coleta de dados já realizados pelos Serviços de Controles de Infecções (SCIH), no qual também utilizaram a observação direta nos hospitais realizados as pesquisas¹²⁻¹³.

O artigo 5 levanta que além do método de observação direta, a avaliação do consumo de preparação alcoólica e sabonete líquido são descritos como excelentes indicadores que proporcionam dados fidedignos para verificação da prática de HM, no entanto não permite a avaliação da execução da técnica de forma adequada¹².

No que diz respeito as porcentagens, para que possamos ter uma margem do percentual dos dados e uma percepção ampla do que os estudos trazem sobre a adesão dos profissionais, nos artigos selecionados para essa temática, os profissionais que fazem parte das observações são aqueles que prestam assistência direta ao paciente, nos quais englobam, enfermeiros; técnicos de enfermagem; médicos e fisioterapeutas, os demais profissionais atuantes na assistência geralmente não são assistidos pois, são marcados por sessões

pontuais durante a assistência e não um trabalho contínuo como os demais que participam da amostra desse estudo^{5,10-13}.

Embora seja uma prática simples e eficiente, a adesão a HM tem sido uma tarefa árdua e complexa. Estudos observacionais têm mostrado que a adesão a esta prática está aquém de 50% pelos profissionais de saúde⁵.

Nos artigos 3,4,5 e 6 percebe-se que o procedimento da técnica de HM se torna inadequado na prática diária, pelo esquecimento de algumas etapas (passo a passo), havendo preocupação por parte dos profissionais de saúde com a quantidade e não com a qualidade deste ato¹⁰, ainda com relação a indicação, conforme classificação dos cinco momentos, houve menor adesão nas ações classificadas como “antes” (do contato com o paciente ou procedimentos assépticos) *versus* as ações classificadas como “após” (o contato com o paciente, com o ambiente do paciente ou risco de exposição a fluídos corpóreos), e os estudos dos artigos corroboram com esses achados, evidenciando a preocupação do profissional em não se expor ao risco de aquisição de doenças após a realização de procedimento¹³.

Nos artigos 3,4,5 e 6 ao analisar as categorias individualmente, os enfermeiros estão na categoria que mais se preocupam com a técnica correta de HM, umas das pesquisas no artigo 3 realizado em UTI adulto nos traz que os enfermeiros atingiram antes (43,5%) e (56,5%) após o contato com o paciente, apontando a categoria médica como a que menos realiza (33,3%), e os técnicos de enfermagem realizaram corretamente antes (15,6%) e (39%) após o contato com o paciente¹⁰. A pesquisa do artigo 4 ressalta que a prática de HM em menor frequência do que o recomendado também em uma unidade de UTI Infantil, constatou que equipe médica apresentava uma adesão de (39,8%), seguida da equipe da equipe da enfermagem (45%), já os técnicos de enfermagem a menor adesão com (16%), e trazendo a visão geral da adesão após o contato com o paciente (58,9%), e (55,6%) após risco de exposição a fluídos corpóreos, sendo os dois principais momentos que mais apresentaram adesão a prática¹¹. Na pesquisa do artigo 5 não nos trouxe uma visão diferente dos profissionais, tendo também como a adesão com maior índice a prática após o contato com o paciente (45%) e (12%) antes do contato com o paciente¹². Um outro estudo nos traz na pesquisa do artigo 6 uma outra classificação profissional que é o fisioterapeuta com (53,5%), que indicaram a maior adesão a HM nos procedimentos observados, salientando que os atendimentos não são contínuos e sim classificados por horários, em contrapartida, os técnicos de enfermagem tiveram a menor adesão (29,85%), e os enfermeiros e médicos tiveram adesão inferior a (50%) nas condutas observadas¹³.

A menor adesão dos técnicos de enfermagem é ainda mais preocupante, pois são os profissionais que estão direta e ininterruptamente em contato com os pacientes, todos os dias, durante 24 horas. Assim, tendo o maior contato físico com o paciente, sendo que a não realização dessa prática, por esses profissionais, coloca o paciente em maior risco para infecções¹³. Frente a essas constatações verifica-se que a adesão a prática de higienização das mãos ainda é insuficiente, principalmente entre os profissionais de nível médio¹¹.

Sobre os profissionais optarem por realizarem a higienização das mãos preferencialmente após o contato com o paciente, ou após exposição a fluídos corpóreos, o artigo 6 nos levanta uma importante pontuação, onde os profissionais de saúde estão expostos aos riscos de adquirir infecções pelo

contato direto com o paciente e seu ambiente, a adesão a HM aumenta após, percebendo a busca do autocuidado por parte dos profissionais. No entanto, a não realização nos procedimentos “antes” (do contato com o paciente ou de procedimento asséptico) é um risco a segurança do paciente, pois acarreta em transmissão de microrganismo do ambiente de assistência ao paciente¹³. Todavia, a prática é fundamental tanto nos momentos “antes”, tendo em vista a segurança do paciente, quanto “após”, principalmente para a proteção do profissional e equipe evitando assim o risco de transmissão cruzada.

O artigo 1 ressalta sobre a importância dessa prática no serviço de emergência, onde vem sendo apontada como de difícil implantação, onde há muitas barreiras à higiene adequada das mãos, e tem sido relatada pelos profissionais como exemplo a falta de tempo, processo de trabalho que requer agilidade e urgência, grande demanda e atendimento simultâneo a vários pacientes, assim sendo, a HM deve ser prioridade da instituição, devendo ter suporte contínuo da administração do serviço de saúde¹⁴.

Adesão dos Profissionais de Saúde sobre a Higienização das Mãos

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de infecções relacionadas à assistência à saúde em países desenvolvidos situa-se em 7,6 para cada 100 pacientes, enquanto os países em desenvolvimento registram 15,5 para cada 100 pacientes³. Essa situação é significativa para o paciente, família e instituições de saúde.

As infecções relacionadas à assistência à saúde, podem afetar ao paciente por diversas razões, uma delas é a transmissão pelos profissionais da área da saúde, por terem um maior contato com o paciente, servindo de vetores direta ou indiretamente na transmissão de microrganismos a pacientes vulneráveis, visto que superfícies contaminadas, frequentemente manipuladas por profissionais podem atuar também como fonte de transmissão¹⁶. O artigo 7, da mesma maneira que o artigo 2, nos traz um estudo onde as taxas de adesão a higienização das mãos por profissionais de saúde permanecem baixas, tanto nacional quanto internacionalmente e raramente ultrapassam 50%¹⁵, geralmente, estes estão informados da importância da HM no controle de doenças transmissíveis e sobre os momentos em que esta deve ser realizada, e de ter conhecimentos básicos sobre a importância, pesquisas nos mostram um distanciamento entre a teoria e a prática¹⁹.

Torna-se importante para que as medidas de controle de infecções sejam implementadas e aplicadas adequadamente, que os profissionais tenham conhecimento da finalidade da sua aplicabilidade e sejam capazes de realizá-las da maneira correta. Os artigos 8, 9 e 10 nos trazem resultados que deixam lacunas importantes quanto a adesão à prática, como por exemplo, falta de conhecimento por parte de alguns profissionais sobre a técnica adequada, mas que os mesmos reconhecem a importância da higienização das mãos como principal medida para o controle das infecções hospitalares^{3,16,17}. O artigo 9 nos aponta uma diretriz importante quando ao uso de adornos como um meio que interfere a adequada realização da técnica de higienização das mãos, no estudo em questão apesar de serem reconhecidos pelos profissionais como uma diretriz do Controle de Infecção que não devem ser utilizados por profissionais da saúde no seu exercício profissional, umas grandes proporções deles continuam a usar³.

Sobre as implementações de estratégias e medidas que visam uma melhoria a essa abordagem. O artigo 11 aponta a necessidade de

implementação e/ou intensificação das estratégias educativas e de monitoramento de indicadores, para ampliação do conhecimento das equipes de enfermagem¹⁸, o artigo 7 nos traz uma concordância em relação a expor esses indicadores aos profissionais que estão atuando na ponta como uma forma positiva de impacto, pois nas pesquisas quando os profissionais são questionados sobre os termos percentuais de IRAS dos setores que atuam, observou-se uma ampla variação de resposta, indicando que os profissionais não tem acesso a esse tipo de feedback¹⁵.

Dentre os fatores que interferem à adesão à higienização das mãos apontados pelos profissionais, os artigos 2,3,9,10, descrevem a falta de treinamento e a não realização de capacitações⁵, fatores referentes ao fluxo inadequado de assistência ao paciente, devido às superlotações, à sobrecarga de trabalho, ao estresse, a falta de conhecimento sobre os protocolos de higienização das mãos, falta de equipamentos e acessibilidade a insumos utilizados na assistência, esquecimento, à falta de exemplos positivos de seus superiores, a irritação ou ressecamento pelo uso dos produtos disponibilizados^{3,10}, associado a isso o artigo 4 e 6 complementam em razão também a falta da educação permanente e insuficiência de materiais (lavatórios/dispensadores) em mais pontos estratégicos de dispensação para a assistência^{11,13}.

Diante do exposto, podemos evidenciar que a baixa adesão a higienização das mãos não está diretamente associada ao conhecimento teórico ou prático de tal procedimento ou da situação em que se deve realizá-la, é necessário a prática e incorporação desse conhecimento diariamente aos profissionais. O artigo 2, destaca o envolvimento de líderes como impacto positivo, levanta a importância do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar nesse papel de educação continuada, do interesse dos gestores juntamente com a equipe multidisciplinar e o trabalho conjunto para atingir as boas práticas⁵. Como metodologia e implementação dessas ações os artigos 1,6,7,11 e 12 citam como medidas eficazes a disponibilização de álcool e cartazes próximo ao leito do paciente e disponibilização de cartazes sobre HM, acesso fácil às preparações alcólicas e demais insumos destinados a esse fim, educação dos profissionais atentando-se para os treinamentos periódicos de forma dinâmica e voltados, principalmente para a sensibilização do profissional e não apenas para a transmissão de informação, focando em normas e atitudes e não apenas em riscos, monitoração das práticas de higienização das mãos com retorno do desempenho aos profissionais, pois, com a visão do trabalho que está sendo realizado, com visualização das taxas, sabendo no que é preciso melhorar se torna um meio de incentivo ao profissional^{14,13,15,18,19}.

Dessa forma, fica evidente a importância de se continuar enviando esforços para melhorar os aspectos relacionados à adesão a Higienização das Mãos, apesar do conhecimento adquirido, é necessário promover atitude e trabalho entre o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, os profissionais de saúde, a participação da gestão e membros consultores na prática diária a adesão a higienização das mãos é de extrema importância.

CONCLUSÃO

Observa-se que as infecções são de grande importância na área da saúde, tanto em âmbito hospitalar quanto na saúde pública, o que exige a atuação das ações não só da equipe de enfermagem, mas da equipe multidisciplinar para a prevenção e controle. Tendo em vista os objetivos propostos no estudo, verifica-se que, de forma geral, há baixa adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde em comparação com o grau de conhecimento técnico sobre o assunto, no qual a teoria não se aplica na prática da assistência prestada. Com isso, pode-se inferir que a higienização das mãos não está incorporada à prática diária desses profissionais, e para alcançar o objetivo de prevenção, ações educativas com vistas a aumentar a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos são necessárias e emergentes, os profissionais deverão ser conscientizados e orientados em um processo permanente em sua jornada de trabalho.

É necessário avaliar a melhor estratégia de incentivo a ser abordada, tendo a educação como a principal forma de divulgação e multiplicação do conhecimento e informações, com o intuito de modificar comportamentos e condutas específicas, com participação não só da equipe multidisciplinar, mas dos profissionais que estão como gestão dessa equipe juntamente com a equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

A partir disso, a higienização das mãos na assistência prestada pelos profissionais de saúde, e no conhecimento evidenciado, as medidas a serem adotadas são direcionadas para o incentivo à adesão, com o intuito de gerar mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, bem como adequar os recursos para contemplar a prática de higienização das mãos, garantindo assim melhor qualidade da assistência prestada, espera-se que as ações educativas possibilitem a reflexão da atuação de cada sujeito, propiciando a aprendizagem e modificando as práticas instituídas fazendo com que a higienização das mãos se torne realmente rotina de cada profissional envolvido com a assistência ao paciente.

REFERÊNCIA

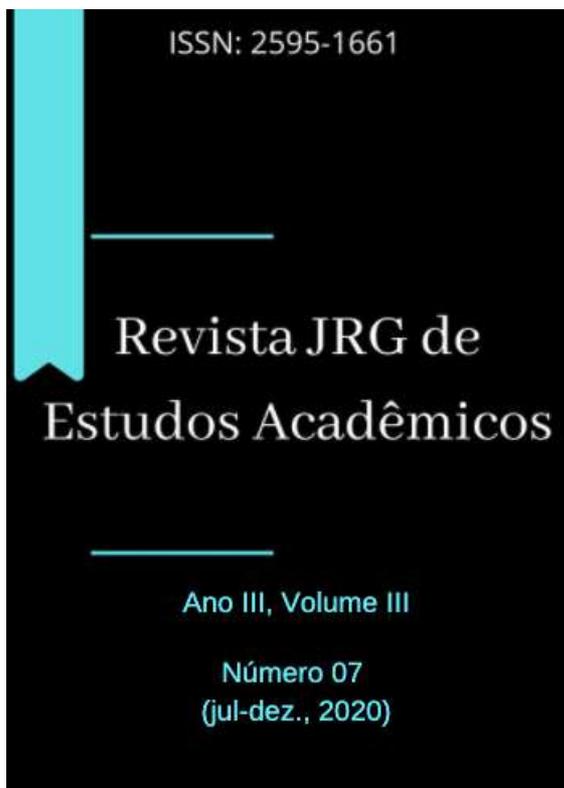
1. Brasil. Organização mundial da saúde. Manual para observadores; estratégia multimodal da OMS para a melhoria higienização das mãos.
2. Almeida EC, Costa ANB, Rosa PB, Costa CA, Melo TS. Ações de educação em higienização das mãos como estratégia à segurança do paciente: relato de experiência.: Relato de experiência. Grupo Verde de Agroecologia e Abelhas. Revista Brasileira de Educação e Saúde, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 68, 1 abr. 2017.
3. Soares NRM, Souza DJ, Ferreira MBG, Senne ECV, Paiva L, Divanice. Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2017; 5(3):362
4. Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Nota Técnica Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA.

5. Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC. Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil, Revista Eletrônica Trimestral da Enfermaria. 30 abr. 2017; 446-461.
6. Santa Cruz BAA, Sorgini PMA, Gonçalves PML, Higienização das mãos como prática do tratamento: reflexão sobre a responsabilidade profissional. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(2): 461-464.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102-6.
8. Prado MF, Oliveira ACJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. 2012; 11(3): 557-564.
9. Soares MA, Rodrigues NM, Menezes MRO, Gerace DN, Duarte CM, Brandão PM, Borges LFA. Microrganismos multirresistentes nas mãos de profissionais de saúde em Unidades de Terapia Intensiva. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul. 2019; 9(3): 187-192.
10. Silva BR, Carreiro MA, Simões BFT, Paula DG. Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva. Revista de Enfermagem UERJ. 2018; 26:e33087.
11. Raimondi DC, Bernal SCZ, Souza VS, Oliveira JLC, Matsuda LM. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. Revista Cuidarte. 2017; 8(3): 1839-48.
12. Alvim ALS, Reis LC, Couto BRGM, Starling CEF, Vaz R. Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul. 2019; 9(1): 55-59.
13. Souza LC, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SÃO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015; 36(4): 21-8.
14. Trannin KPP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. Cogitare Enfermagem. 2016; 21(2): 01-07.
15. Oliveira AC; Paula AO. A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. Rev Fund Care Online. 2017; 9(2): 321-326.
16. Melo MHC, Leal ACAM. Controle das infecções na assistência à saúde relacionada à higienização das mãos. Revista Interdisciplinar. 2015; 8(1): 91-97.

17. Barros FE, Soares E, Teixeira MLO, Branco EMSC. Controle de infecções a pacientes em precaução de contato. Revista de Enfermagem UFPE. 2019; 13(4): 1081-1089.

18. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Inoue KC, Matsuda LM. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. Cogitare Enfermagem. 2016; 21(3): 01-08.

19. Oliveira MA, Leuthier RM, Oliveira Filho JR, Leite MAP, Fernandes LGA, Santos AF, et al. Higienização das mãos: conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde. Revista de Enfermagem UFPE. 2019; 13:e236418.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/10/2020**

Data de reformulação: **30/10/2020**

Data do aceite: **06/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4253896>

Publicado: **2020-11-06**

IMPACTO DA REDUÇÃO PONDERAL SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO AGENTE FACILITADOR

IMPACT OF WEIGHT REDUCTION ON ARTERIAL PRESSURE AND NURSING CARE AS A FACILITATING AGENT

*Talysson Martins de Araujo¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²*

RESUMO

Objetivo: A Avaliação do impacto da redução ponderal sobre a pressão arterial e a assistência de enfermagem como agente facilitador **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa aonde as pesquisa foram consultadas nas seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca virtual de Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library *Online*), onde foram selecionados artigos de 2014 a 2020. **Resultados:** Foram selecionados 15 artigos científicos, esses abordaram assuntos que foram separados e organizados por categoria, onde foi consolidado o conhecimento publicado através dos mesmos acerca do tema proposto, interligando-os sintaticamente a fim de obter um conjunto de proposições e conclusões dos autores escolhidos. **Conclusão:** A prevalencia de hipertensão e

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Professor Titular da Universidade Paulista (UNIP-DF) e do Centro Universitário ICESP. Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Genética, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica.

obesidade esta associada entre morbididades e biomarcadores, com a necessidade de desenvolvimento de ações longitudinais, intersetoriais e amplas.

Palavras-chave: Obesidade; hipertensao; assistencia de enfermagem

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the impact of weight reduction on blood pressure and nursing care as a facilitating agent Methodology: This is an integrative review study where the research was consulted in the following databases: VHL (Virtual Health Library) , Scielo (Scientific Eletronic Library Online), where articles were selected from 2014 to 2020. Results: 15 scientific articles were selected, these addressed subjects that were separated and organized by category, where the knowledge published through them about the proposed theme was consolidated , syntactically interconnecting them in order to obtain a set of propositions and conclusions from the chosen authors. Conclusion: The prevalence of hypertension and obesity is associated between morbidities and biomarkers, with the need to develop longitudinal, intersectoral and broad actions.

Keywords: Obesity. Hypertesion. Nursing care

1.INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o principal fator de risco para a mortalidade e a terceira causa mais importante do mundo. Apesar dos avanços da ciência na tecnologia, o seu controle adequado permanece como importante desafio para a saúde pública.¹ Nesse nível de atenção, os enfermeiros tem como contribuição estabelecer o menor nível de risco para a hipertensão como, realizar promoções de saúde com a participação social, apoiar o autocuidado, assim como apoiar a promover a prestação de cuidados para pacientes que já se encontram com Hipertensão arterial sistêmica.² Tendem a compreender características como o uso de serviços de saúde e alimentação, e a adoção de hábitos saudáveis. O controle da HAS e definido pelos níveis da pressão sistólica e diastólica menores que 140mmHG e 90mmHG.³

A obesidade pode ser considerada uma doença de difícil tratamento e controle devido à complexidade que a embarca. Entretanto a distribuição da gordura corporal e mais considerável do que a obesidade por si só, em vista desse acúmulo de gordura na região abdominal acaba fazendo uma correlação com a hipertensão arterial que e considerado uma das principais complicações metabólicas da população obesa.⁴ O cuidado para pessoas obesas e amplo e faz com que haja mudanças no estilo de vida, para a promoção da saúde. Há várias possibilidades para o cuidado da obesidade, como dietas, reeducação alimentar e exercícios físicos, entretanto sua realização apresenta algumas dificuldades psíquicas e emocionais.⁵

A prevalência de obesidade tem crescido vertiginosamente, alcançando 17,9% da população das capitais brasileiras em 2014.⁵ Em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmam ter diagnóstico de HAS, novos dados Sistema de Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostram também que a parcela da sociedade mais afetada são idosos. A última edição da pesquisa foi realizada com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro do ano passado.⁶

Nesse sentido de acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica precisa estar voltada para um processo de educação e saúde, que auxilie o indivíduo a viver melhor com sua condição. Portanto, as consultas precisam ser esclarecidas para a percepção de risco do usuário, a fim de torná-lo corresponsável pelo seu cuidado. As ações de enfermagem devem auxiliar a pessoa a conhecer o problema de saúde e os fatores de risco, identificando vulnerabilidades, prevenindo dificuldades e conquistando um bom controle metabólico que vai depender da alimentação regular e de exercícios físicos.⁷

A epidemia mundial de obesidade e o reconhecimento da hipertensão como um dos maiores fatores de morbidade e mortalidade nos levam a pensar que indivíduos obesos hipertensos tendem a apresentar alterações hemodinâmicas que se caracterizam por aumento da atividade do sistema nervoso simpático, débito cardíaco elevado e resistência vascular periférica.⁸

A educação em saúde é um dos principais elementos para melhorar as condições de vida de pessoas portadoras de obesidade e hipertensão arterial, a monitoração dos fatores de risco pelos profissionais de enfermagem é de suma importância, pois auxilia na identificação dos aspectos ligados à melhoria das condições de saúde e de vida para quem convive com problemas cardiovasculares. A solução para a questão seria que o cliente deve realizar as ações prescritas pelo enfermeiro para a mudança no estilo de vida para diminuição da redução do peso ponderal, como exemplo praticando atividades físicas, mantendo um peso saudável, diminuindo a quantidade de sal na comida e um problema maior que seria o tabaco, e o consumo de álcool, esses fatores de risco determinam a diminuição da pressão arterial e a perda de peso.⁹

Portanto o objetivo desse trabalho foi analisar a assistência de enfermagem diante ao impacto na redução do peso ponderal sobre a pressão arterial sistêmica através da literatura demonstrando a importância do processo do emagrecimento

diante as multimorbidades e como as alterações na P.A e como a assistência de enfermagem atua como facilitador no processo de emagrecimento segundo a literatura.

MÉTODOS

O método adotado para o estudo consiste em uma revisão de literatura exploratória e descritiva. A revisão consiste em incentivar o levantamento de informações sobre o determinado problema em busca de identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as causas com a finalidade de aprofundar o conhecimento do tema proposto em cima de outros estudos. Além disso, auxilia na identificação de resultados de pesquisas na prática clínica, assim como para o desenvolvimento de futuras pesquisas.¹⁰

A presente revisão integrativa foi realizada em seis etapas: seleção da pergunta de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados (categorização dos estudos); análise das informações; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (síntese do conhecimento).¹¹

A Unidade de Análise Para a elaboração da presente pesquisa será consultada as seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca virtual de Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online). A busca será realizada pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Hipertensão, Obesidade, assistência de enfermagem.

O Procedimento de tratamento de dados para critérios de inclusão foi escolhido de forma que se relaciona como o tema proposto 'a diminuição ponderal impacta sobre a pressão arterial e como a enfermagem facilita essa ação'. Pesquisados estudos em português, inglês e espanhol publicados entre 2014 e 2020. Os critérios de exclusão serão materiais que não tratem do tema proposto ou que estejam em outra língua que não seja português, espanhol e inglês.

Foi excluídos teses, dissertações, relatos de casos, editoriais, cartas ao editor e as duplicatas encontradas em mais de uma base e literatura cinzenta. A Figura 1 mostra o diagrama de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nas produções identificadas na estratégia de busca, os dados obtidos foram reunidos em quadros instrumentais e em categorias temáticas agrupadas por semelhança de conteúdo. Os resultados foram interpretados com base na literatura correlata ao tema do estudo.¹²

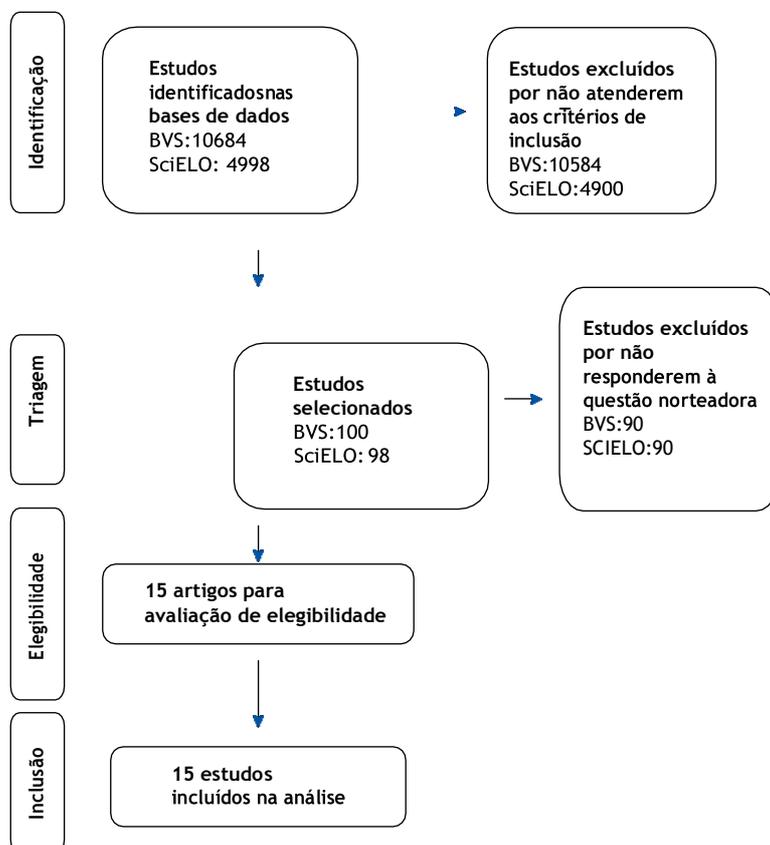


Figura 1 – Diagrama do resultado da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo .

Resultados

Na tabela 1 estão descritas informações gerais dos 15 artigos incluídos nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. A maioria dos artigos foi publicada entre os anos de 2019 e 2018, representando 66,7% do total das publicações.¹³

Tabela 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
--------	----------	--------	-----------	-----

Artigo 1	Prevalencia de sobrepeso e obesidade em agentes comunitarios de saude na região sul do rio grande do sul, 2017	Analisar prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde (ACS) na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil, de acordo com variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde.	Foi realizado estudo transversal com dados coletados em 21 municípios, entre março de 2016 e maio de 2017. Dados de peso e altura foram autorreferidos pelos participantes. Empregou-se regressão logística multinomial	A prevalência de sobrepeso e obesidade foi elevada, associada a doenças crônicas, ansiedade, inatividade física e trabalho em área urbana	2020
Artigo 2	Ações de enfermeiros direcionadas a adolescentes obesos na atenção primaria.	Identificar a produção científica sobre ações do enfermeiro dirigidas a adolescentes obesos na Atenção Primária à Saúde	trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa da literatura, a partir da busca de publicações indexadas nas bases de dados entre 2010 e 2018: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e Web of Science e Biblioteca Virtual SciELO	Aponta-se a necessidade de desenvolvimento de ações longitudinais, intersetoriais e amplas. Torna-se importante maior investimento no treinamento de enfermeiros com vistas à realização de intervenções, no âmbito da atenção primária, voltadas para adolescentes obesos, tendo por referência o cuidado integral.	2019
Artigo 3	Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão	Apresentar os resultados de uma estratégia terapêutica baseada em equipe, de longo prazo, de pacientes hipertensos em um serviço de saúde	Dados de pacientes hipertensos acompanhados em um centro de tratamento multidisciplinar localizado na região centro-oeste do Brasil em junho de 2017 com pelo menos duas visitas de acompanhamento foram avaliados retrospectivamente. Dados antropométricos, pressão arterial (PA), tempo de acompanhamento, tratamento farmacológico, diabetes, estilo de vida foram coletados da última consulta. Valores de PA < 140 x 90 mmHg em não diabéticos e < 130 x 80 mmHg em diabéticos foram considerados PA controlada. Um modelo de regressão logística foi construído para identificar variáveis independentemente associadas com o controle da PA. O nível de significância adotado foi de p<0.05	Uma taxa de controle de cerca de 70% foi encontrada em pacientes atendidos em um serviço multidisciplinar de tratamento da hipertensão. A fim de melhorar esses resultados, atenção deve ser dada a pacientes diabéticos, com idade menor que 60 anos e do sexo masculino. (Arq Bras Cardiol. 2020; 115(2):174- 181)	2019
Artigo 4	Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de usuários de um serviço de atenção primária diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica antes e após a implementação da consulta de enfermagem sistematizada.	Ensaio clínico não-controlado realizado em uma Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais, onde 14 participantes foram acompanhados por meio da assistência sistematizada de enfermagem entre os meses de outubro de 2016 e setembro de 2017	A assistência sistematizada de enfermagem pode beneficiar pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde. Faz-se necessário o fortalecimento da utilização do processo de enfermagem e da identidade do enfermeiro no cuidado das condições crônicas.	2019

Artigo 5	Metabolic Surgery for Hypertension in Patients With Obesity	A prevalência global de sobrepeso e obesidade aumentou substancialmente nas últimas 4 décadas e é acompanhado de uma carga crescente de fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão. Cirurgia metabólica é o método mais eficaz para tratar a obesidade e pode melhorar ainda mais as condições associadas.	Pesquisa qualitativa, exploratória.	Cirurgia metabólica é o método mais eficaz para tratar a obesidade e é superior à terapia médica na melhoria das condições hiperglicêmicas associadas tanto no seguimento a curto e longo prazo. Um ensaio randomizado especificamente examinando indivíduos com obesidade e hipertensão tem sugerido ainda potencial benéficos da cirurgia para a remissão da hipertensão e redução no número de medicamentos antihipertensivos	2019
Artigo 6	Prevalência de obesidade e hipertensão arterial em uma comunidade urbana do Distrito Federal, BRASIL	O propósito deste estudo foi avaliar a prevalência de sobrepeso, obesidade e hipertensão na comunidade urbana de Planaltina, DF, Brasil	Participaram do estudo 629 voluntários de 20 a 90 anos de idade que responderam a um questionário de saúde e foram submetidos aos seguintes procedimentos: medida da pressão arterial e avaliação antropométrica	As prevalências de sobrepeso, obesidade, excesso de peso e hipertensão foram maiores do que as relatadas pelo inquérito telefônico mais recente do Ministério da Saúde. Esses achados são preocupantes e apontam para a premência de ações do poder público que interfiram positivamente na saúde da população estudada.	2019

(Continua)

(Continuação)

	Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 7	Qualidade de vida em doentes com exesso ponderal	Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde antes e após intervenção nutricional para redução ponderal	Estudo analítico longitudinal com intervenção nutricional para perda de excesso ponderal/adiposidade, numa amostra de 39 utentes. A qualidade de vida relacionada com a saúde foi avaliada pela aplicação dos questionários SF-36v2 e EQ-5D-3L	A redução ponderal de apenas 4,3% numa amostra de indivíduos com índice de massa corporal médio classificado em obesidade, embora borderline (30,6 Kg/m ²), foi suficiente para se observarem alterações positivas na qualidade de vida relacionada com a saúde	2019

Obesidade: possibilidades de existir e práticas de cuidado

Objetivo de compreender quais comportamentos são vividos como cuidado pelas pessoas obesas e quais são as implicações disso para a prática profissional em saúde, realizamos uma pesquisa qualitativa com pessoas obesas em grau I e II, sete homens e cinco mulheres.

Foram realizadas entrevistas que foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas por meio da análise do discurso.

Concluimos que existem várias possibilidades de cuidado e vivência da obesidade; também observamos a necessidade de abordagens que compreendam as particularidades desse fenômeno

2019

Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil

Para estimar a prevalência de controle adequado da hipertensão entre idosos adultos e para examinar sua associação com fatores predisponentes e habilitadores e a necessidade de usar serviços de saúde

A análise foi realizada com 4.148 participantes (≥ 50 anos) da linha de base do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil), que relatou ser hipertenso e usando medicação anti-hipertensiva. O controle adequado da hipertensão arterial foi definido como sistólico e pressão arterial diastólica abaixo de 140 mmHg e 90 mmHg, respectivamente. A seguinte exploração foram incluídas variáveis: idade, sexo, comportamentos de saúde e índice de massa corporal (fatores predisponentes); região de residência, residência rural ou urbana, escolaridade, status socioeconômico do domicílio e cobertura por plano de saúde privado (fatores de habilitação); e diagnóstico médico de diabetes (necessidade). A análise multivariada foi realizada utilizando-se regressão de Poisson e binário regressão logística.

Metade da população estudada apresentava controle adequado da hipertensão. O melhoria desse controle é um desafio importante, que deve considerar a superação desigualdades sociais e regionais associadas a ele

2018

Artigo	Diagnostico e intervenções de enfermagem para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos	Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico e identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem..	trata-se de estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo com 23 pacientes cardíacos com indicação de cuidados paliativos	Evidenciaram-se uma assistência pouco focada em aspectos espirituais e psicológicos e a falta de evidências, na literatura, que fortaleçam alguns diagnósticos e intervenções de Enfermagem específicos para a população estudada	2018
Artigo 10	Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil	Objetivou-se verificar a associação da simultaneidade de comportamentos de risco com a obesidade em adultos (18 a 59 anos) das capitais do Brasil. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado por entrevista telefônica	A simultaneidade dos comportamentos de risco foi analisada por razões das prevalências observadas e esperadas	Em ambos os sexos, observouse aumento da tendência de obesidade conforme o somatório de comportamentos de risco	2018
Artigo 12	Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular	Avaliar a associação da obesidade central com a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular.	Estudo transversal, realizado com pacientes atendidos em um ambulatório de síndrome metabólica, que apresentavam índice de massa corporal $\geq 24,9$ kg/m ² . Foram analisados o estado nutricional, os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia) e o uso de anti-hipertensivos. Os participantes foram estratificados em grupos em relação à presença ou à ausência dos seguintes fatores de risco: diabetes, hipertensão e dislipidemia.	A obesidade central esteve associada a uma maior incidência de desenvolvimento de fatores de risco relacionados a doenças cardiovasculares	2017

(Continua)

(Continuação)

	Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 13	Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa	Identificar os conhecimentos produzidos sobre intervenções de enfermagem com pessoas sofrendo de obesidade na Atenção Primária à Saúde.	Revisão da literatura integrativa de publicações indexadas nas bases de dados: CINAHL, LILACS, MEDLINE, SciELO, SCOPUS e WEB OF SCIENCE, entre 2011 e 2016.	Os resultados podem ajudar a provocar reflexões sobre treinamento profissional, gestão e serviços de saúde em termos da relevância de enfermeiros que trabalham com pessoas que sofrem obesidade, com o apoio de tecnologias digitais, técnicas motivacionais e enfermagem Consultas. Isso poderia melhorar suas atividades nas equipes multiprofissionais em que eles participam neste nível de saúde	2017

Artigo	Association between general and abdominal obesity with high blood pressure: difference between genders	Avaliar a associação entre obesidade geral e abdominal com sangue alto pressão em adolescentes de ambos os sexos da rede pública de ensino	Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, exploratório, com um estudo quantitativo abordagem e escopo local cuja amostra consistia de 481 estudantes do ensino médio (14---19), selecionados usando uma estratégia aleatória de amostragem de cluster	A prevalência de pressão alta foi de 6,4%, e foi maior entre meninos (9,0% vs. 4,7%, $p < 0,05$). Não houve diferença significativa entre o general ($p = 0,903$) e obesidade abdominal ($p = 0,157$) quando os sexos foram comparados. Após ajuste por idade, a pressão alta foi associada ao geral (OR = 6,4; $p < 0,001$)	2015
Artigo 15	A obesidade como fator de risco para a hipertensão	O desequilíbrio dessas adipocitocinas parece ser a chave, a resposta moduladora do sistema inflamatório que contribui para as doenças cardiovasculares e, concomitantemente, com a hipertensão arterial.	Pesquisa qualitativa, exploratória.	A abordagem desses assuntos é fundamental e imprescindível aos sistemas de saúde pública não só pelos gastos aos cofres públicos, mas também pela situação de inferioridade do paciente perante o contexto social, refletindo em sua vida cotidiana e socioeconômica, concluindo-se que a obesidade é um dos principais fatores de risco da hipertensão arterial.	2014

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar a assistência de enfermagem diante ao impacto na redução do peso ponderal sobre a pressão arterial sistêmica através da literatura demonstrando a importância do processo do emagrecimento diante as multimorbidades e como as alterações na P.A e como a assistência de enfermagem atua como facilitador no processo de emagrecimento segundo a literatura. A prevalência de HA e obesidade têm aumentado no Brasil nos últimos anos. Parte da explicação reside nas mudanças de estilo de vida (padrão de atividade física e alimentação) associadas ao desenvolvimento urbano e ao processo de industrialização¹⁴. Sabe-se que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, é uma preocupação dos serviços de saúde na atualidade e sua ocorrência está associada principalmente às doenças cardiovasculares e metabólicas, entre as quais se inclui a obesidade¹⁵.

O aumento da obesidade tem causas multifatoriais, associadas a determinantes sociodemográficos como, por exemplo, renda familiar, sexo, idade, escolaridade e região de moradia; porém, a alimentação inadequada contribui para esse quadro significativamente, no consumo sobre-elevado de alimentos processados e ultraprocessados, com alto teor de gordura, sal, açúcar, e alto valor calórico. Além

disso, a prática do exercício físico insuficiente é propensa a aumentar com o avanço da idade¹⁶.

Para o controle da pressão arterial, é fundamental a adesão ao tratamento pelo usuário. Alguns fatores podem interferir nesse processo, como aspectos culturais, conhecimento sobre a doença, mudanças de hábitos e estilos de vida¹⁷. O IMC não reflete necessariamente o mesmo grau de gordura em diferentes populações, particularmente por causa das diferentes proporções corporais. Na população brasileira, tem-se usado a tabela proposta pela OMS para classificação de sobrepeso e obesidade e no entanto, apresenta semelhante correlação com as comorbidades. A combinação do IMC com medidas da distribuição de gordura pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado¹⁸. Outro resultado relevante refere-se às importantes desigualdades sociais observadas nesse controle, com maiores prevalências entre aqueles com escolaridade mais alta, residentes em domicílios com melhor situação socioeconômica e afiliados a plano privado de saúde.¹⁹

A Estratégia Saúde da Família está associada a maior acesso e satisfação com o cuidado e redução de internações e mortalidade para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas. No Brasil, aproximadamente sete em cada 10 drogas utilizado para o tratamento da hipertensão arterial foram obtidos em farmácias do SUS (56,0%) ou o Popular Programa farmácia (16,0%). Outra iniciativa importante é o Brasil sem Miséria programa, cujo objetivo é reduzir a pobreza, destacando ações que abordam DCNT.²⁰ Uma hipótese para explicar a associação é a de que pessoas hipertensas obesas sejam mais propensas a procurar os serviços de saúde ou usar a medicação anti-hipertensiva²¹. Embora não se possa notar redução da PA no presente estudo, fica evidenciado que a intervenção de enfermagem promoveu aumento do nível de adesão ao tratamento, de forma efetiva. Um estudo quase experimental do tipo antes e depois que avaliou a adesão ao tratamento do usuário hipertenso, utilizando o mesmo questionário, concluiu que a intervenção de enfermeiros elevou o nível de adesão dos usuários ao tratamento²². A consulta de enfermagem necessita de um maior tempo de acompanhamento, pois trabalha com mudança de comportamento e tratamento não-medicamentoso. Talvez isto explique uma boa resposta na adesão, mas poucas mudanças nas respostas clínicas. As evidências científicas apontam que os resultados de intervenções de enfermagem podem evoluir com o tempo²³.

As atividades de educação em saúde devem ser realizadas por toda a equipe de saúde, em especial pelo enfermeiro, pois este é capacitado durante a sua formação acadêmica a desempenhar essa atividade importante para a promoção da saúde e prevenção de agravos.²⁴ Por ser uma doença multifatorial, melhores resultados podem ser alcançados diante de um atendimento multiprofissional. Nesse atendimento, a identidade do enfermeiro precisa estar bem estabelecida para que a consulta de enfermagem não seja vista apenas como um complemento ao atendimento médico. O enfermeiro deve se apropriar do Processo de Enfermagem (PE), considerado um método científico que sistematiza a assistência de enfermagem. É importante que o Enfermeiro tenha julgamento clínico sobre a resposta à situação de saúde que o indivíduo apresenta para conseguir levantar os principais problemas e, a partir disso, elaborar os diagnósticos de enfermagem, e dar continuidade a demais etapas.²⁵

Os resultados ora apresentados revelam prevalência preocupante de excesso de peso e HA e apontam para a premência de ações do poder público na promoção da saúde da comunidade estudada. Digno de menção, a HA e a obesidade (particularmente a circunferência da cintura elevada) são componentes da síndrome metabólica que, por sua vez, aumenta em até três vezes o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e em cinco vezes o risco de desenvolvimento de diabetes melito do tipo 2. Essas informações reforçam a importância de ações que objetivem a melhora do perfil antropométrico e de pressão arterial. Um estudo quase experimental do tipo antes e depois que avaliou a adesão ao tratamento do usuário hipertenso utilizando o mesmo questionário, concluiu que a intervenção de enfermeiros elevou o nível de adesão dos usuários ao tratamento.²⁶

CONCLUSÃO

A prevalência de hipertensão e obesidade esta associada entre morbidades e biomarcadores, com a necessidade de desenvolvimento de ações longitudinais, intersetoriais e amplas. Os resultados sensibilizam para a necessidade de estratégias de enfrentamento coletivo para problemas de magnitude global como a obesidade e a hipertensão arterial.

Portanto o desenvolvimento de ações longitudinais, intersetoriais e amplas fez com que as intervenções de enfermagem inclui-se aspectos importantes sobre a atividade física e hábitos alimentares saudáveis, como outras ações de incentivo à redução e prevenção do excesso de peso, que fazem mudanças no estilo de vida

como a alimentação adequada e prática de atividade física, gerando uma redução a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e obesidade em toda a população, prevenindo doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta e, em concomitância, preservando uma longa vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Firmo JOA, Mambrini JV de M, Peixoto SV, Filho AI de L, de Souza Junior PRB, de Andrade FB, et al. Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–11.
- 2 Braga VAS, Jesus MCP de, Conz CA, Tavares RE, Silva MH da, Merighi MAB. Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2017;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019203293>
- 3 Firmo JOA, Mambrini JV de M, Peixoto SV, Filho AI de L, de Souza Junior PRB, de Andrade FB, et al. Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–11.
- 4 Silva AO, Silva M V., Pereira LKN, Feitosa WMN, Ritti-Dias RM, Diniz PRB, et al. Association between general and abdominal obesity with high blood pressure: difference between genders. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*. 2016;92(2):174–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.12.003>
- 5 Araujo FM, González AD, da Silva LC, Garanhani ML. Obesity: Possibilities of developing and care practices. *Saude e Soc*. 2019;28(2):249–60.
- 6 Dutra MT, Martins KG, Reis DB, Santos DK, Faria EX, Araújo PCR. Prevalência De Obesidade E Hipertensão Arterial Em Uma Comunidade Urbana Do Distrito Federal, Brasil. *Rev Atenção à Saúde*. 2019;17(59):4–9.
- 7 Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>
- 8 Valezi AC, Machado VHS. Emagrecimento e desempenho cardíaco. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo)*. 2011;24(2):131–5.
- 9 Obesidade e hipertensão: conheça os riscos! [Internet]. [cited 2020 May 3]. Available from: <https://www.programasaudefacil.com.br/posts/obesidade-e-hipertensao-conheca-os-riscos>
- 10 Braga VAS, Jesus MCP de, Conz CA, Tavares RE, Silva MH da, Merighi MAB. Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2017;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019203293>
- 11 Silva AO, Silva M V., Pereira LKN, Feitosa WMN, Ritti-Dias RM, Diniz PRB, et al. Association between general and abdominal obesity with high blood pressure: difference between genders. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*.

2016;92(2):174–80. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.12.003>

12 De Jesus MCP, Braga VAS, Pinheiro APDS, Machado RET, Silva MH da, Santos SM dos R, et al. Ações de enfermeiros direcionadas a adolescentes obesos na atenção primária. *Rev Enferm UFPE line*. 2019;13.

13 Silveira F de C, Fernandes CG, Almeida MD de, Aldrighi LB, Jardim VM da R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(4):e2019447.

14 Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Salud Pública*. 2019;21(3):1–9.

15 Firmo JOA, Mambrini JV de M, Peixoto SV, Filho AI de L, de Souza Junior PRB, de Andrade FB, et al. Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–11

16 Dutra MT, Martins KG, Reis DB, Santos DK, Faria EX, Araújo PCR. Prevalência De Obesidade E Hipertensão Arterial Em Uma Comunidade Urbana Do Distrito Federal, Brasil. *Rev Atenção à Saúde*. 2019;17(59):4–9.

17 Braga VAS, Jesus MCP de, Conz CA, Tavares RE, Silva MH da, Merighi MAB. Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2017;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019203293>

18. Burgos, Paula Freitas Martins; da Costa, Willian; Bombig, Maria Teresa Nogueira; Bianco HT. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2014;21(2):68–74.

19. Firmo JOA, Mambrini JV de M, Peixoto SV, Filho AI de L, de Souza Junior PRB, de Andrade FB, et al. Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–11.

20. Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Salud Pública*. 2019;21(3):1–9.

21 Silva AO, Silva M V., Pereira LKN, Feitosa WMN, Ritti-Dias RM, Diniz PRB, et al. Association between general and abdominal obesity with high blood pressure: difference between genders. *J Pediatr (Versão em Port [Internet]*. 2016;92(2):174–80. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.12.003>

22 De Jesus MCP, Braga VAS, Pinheiro APDS, Machado RET, Silva MH da, Santos SM dos R, et al. Ações de enfermeiros direcionadas a adolescentes obesos na atenção primária. *Rev Enferm UFPE line*. 2019;13

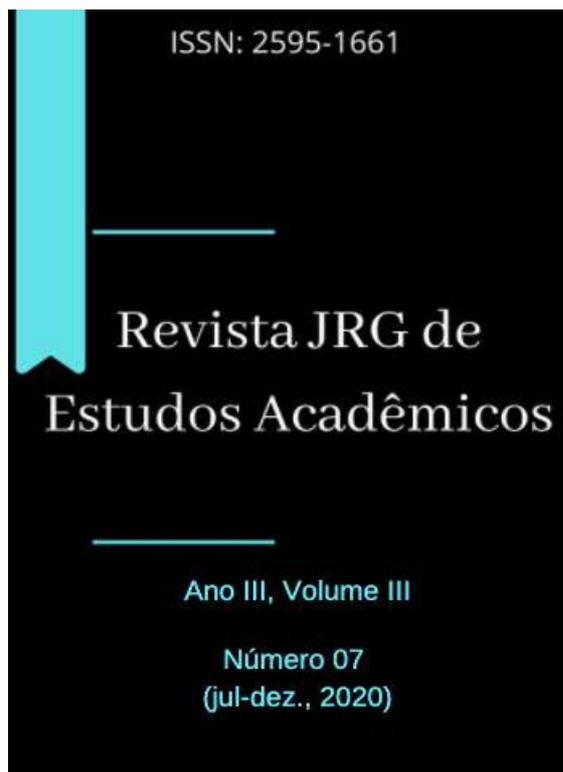
23 Silveira F de C, Fernandes CG, Almeida MD de, Aldrighi LB, Jardim VM da R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em agentes comunitários de saúde na região sul do Rio Grande do Sul, 2017. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist*

Unico Saude do Bras. 2020;29(4):e2019447.

24 Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Rev Salud Pública. 2019;21(3):1–9

25 Firmo JOA, Mambrini JV de M, Peixoto SV, Filho AI de L, de Souza Junior PRB, de Andrade FB, et al. Adequate control of hypertension among older adults: ELSI-Brazil. Rev Saude Publica. 2018;52:1–11.

26 Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Rev Salud Pública. 2019;21(3):1–9.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **12/10/2020**

Data de reformulação: **22/10/2020**

Data do aceite: **05/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4266404>

Publicado: **2020-11-10**

A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA AO COVID-19

THE IMPORTANCE OF NURSE PROFESSIONALS IN COVID-19 ASSISTANCE

*Vitória Alcântara de Oliveira¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²*

RESUMO

Objetivo: O objetivo da pesquisa é compreender a patologia do Corona vírus e tudo que o cerca, a fim de promover um acervo de informações sobre a doença e compreender a importância da equipe de enfermagem para a assistência. **Metodologia:** foi utilizado instrumentos de pesquisa como o Scielo, a BVS e o Pubmed para a obtenção de uma revisão integrativa da literatura. **Resultados:** foram selecionados 16 artigos sobre o tema no qual foram separados por categoria. **Conclusão:** Os resultados obtidos foram de um esclarecimento sobre a patologia em si além dos pontos históricos e epidemiológicos e por fim a conduta dos profissionais enfermeiros, levando em consideração a sistematização da assistência de enfermagem e sua importância para a pandemia por coronavírus. O tema está

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Professor Titular da Universidade Paulista (UNIP-DF) e do Centro Universitário ICESP. Atua principalmente nas seguintes áreas: Biologia Molecular, Biologia Celular, Genética, Bioquímica, Microbiologia, Imunologia, Patologia, Biotecnologia e Metodologia científica.

sendo bastante estudado atualmente, porém procurou-se focar na enfermagem e como essa equipe pode atuar de uma forma positiva.

Palavras-chave: COVID-19. Pandemias. Tosse. Pneumonia. Patologia. Assistência á saúde.

ABSTRACT

Objective: *the Objective of the research is understand the pathology of the Corona Virus and everything that surrounds it in order to promove a collection of information about the disease and understand the importance of the nursing team for assistance.*

Methodology: *was used research instruments such as Scielo, BVS and Pubmed to obtain an integrative literature review. Results: was selected 16 articles about the theme whereupon separated by category. Conclusion: the results obtained were an explanation of the pathology itself beyond the historical and epidemiological points and finally the conduct of the nursing professionals taking into account the systematization of nursing care and its importance for the pandemic by corona virus. The theme is being studied a lot currently but it is considerable to focus on nursing and how this team can act in a positive way.*

Keywords: COVID-19. Pandemics. Cough. Pneumonia. Pathology. Health Assistance.

INTRODUÇÃO

COVID-19 é uma doença que provoca desconforto respiratório agudo, causada por um vírus estudado no final do ano de 2019 na China, que foi nomeado oficialmente pela organização mundial da saúde como SARS-Cov-2. O Coronavírus pertence à subfamília *Coronavirinae* da família dos *Coronaviridae*, ordem Nidovirales, que apresenta uma estrutura circular com espículas que se exteriorizam formando uma coroa, por esse motivo foi apelidado de “corona”¹. Os vírus são parasitas celulares, que podem ser compostos por DNA ou RNA em seu gene, os retrovírus, como o SARS-COV-2, usam a transcriptase reversa para poder inserir seu genoma na célula humana hospedeira².

Atualmente não se pode dizer ao certo qual é o comportamento clínico que norteia essa patologia, foi registrado casos de pacientes assintomáticos, casos leves de infecção de vias aéreas e até mesmo, em estágios avançados da doença, pneumonia; paralelo a isso os sintomas iniciais incluem febre, tosse, mialgia e fadiga¹. Segundo o ministério da saúde espécies de baixa patogenicidade do corona vírus, além de infecções respiratórias pode causar infecções gastrointestinais em humanos e também em animais³. A transmissibilidade do vírus ocorre através de gotículas de tosse, espirro, saliva ou secreção nasal, e, além disso, o contato com superfícies infectadas, mas não há evidências suficientes que apontem a transmissibilidade intra-uterina ¹. O COVID-19 é uma mutação nova, estudos estão sendo realizados, mas todos os conhecimentos obtidos até o seguinte momento não são conclusivos, apesar disso, o SARS-Cov-2 é de crescimento geralmente específico para células epiteliais humanas. Há uma glicoproteína chamada SPIKE na conformação do vírus que é responsável por mediar fusão do envelope viral com a célula hospedeira, o que torna ela um alvo para potenciais ações farmacológicas inibitórias⁴.

Ainda que seja um assunto novo, há estudos que apontam o aparecimento de surtos relacionados a vírus da mesma família viral desde meados de 1960 com pessoas infectadas com COV, posteriormente em 2002 na china a SARS e em 2012 uma nova espécie viral (MERS) infectou os povos da Arábia Saudita, Europa e África⁵. No distrito federal até o dia onze de abril de 2020 foi notificado 579 casos do novo coronavírus, no Brasil, 20.727 e no mundo, 1.741.807 casos, segundo o boletim epidemiológico do ministério da saúde⁶.

As políticas públicas que envolvem o COVID-19 são aquelas voltadas para diminuição da curva epidemiológica, na maioria das epidemias essa diminuição é focada na vacinação, entretanto para o COVID-19 até o momento as mudanças na estrutura sociais estão sendo uma solução, por enquanto⁷. Além da mudança nas estruturas sociais o uso de máscaras cirúrgicas está sendo preconizadas para uso diário das pessoas que tem livre trânsito, confeccionada com TNT em duas camadas e um elemento filtrante⁸.

A equipe de enfermagem nesse momento de crise pandêmica torna-se indispensável, é necessário ter uma visão ainda mais integral com os pacientes, além disso, a educação continuada para com os profissionais de toda a equipe faz-se de muito valor para a prestação de serviço da comunidade em sua totalidade. Para proporcionar um atendimento de valia aos usuários a equipe de enfermagem deve-se ter em mente o cuidado com sua própria equipe, usando os equipamentos de proteção individual, respeitando o distanciamento social e praticando a higienização correta. Afinal, o trabalho de enfermagem requer cinco dimensões distintas: assistir, gerenciar, pesquisar, participar politicamente e ensinar⁹.

Doenças respiratórias podem ser fatais e a conduta para alguns casos graves deve ser concisa, elaborada e agilizada. Contudo esse projeto visa reiterar todos os aspectos relacionados ao COVID-19, causador da síndrome do desconforto respiratório agudo, conceituando os fatores importantes e apresentando a fisiopatologia envolvida no processo a fim de promover uma educação continuada aos leitores, além disso, apontar a importância do profissional enfermeiro em todo o processo de reabilitação da clientela.

Portanto o objetivo desta pesquisa foi compreender a importância da equipe de enfermagem para o cuidado dos pacientes acometidos com COVID-19, descrevendo a doença e como ela se comporta no organismo, registrando pontos importantes para o entendimento do COVID-19 e a doença causada por ele e definindo a conduta necessária da equipe de enfermagem para o tratamento da doença.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Revisão da literatura é um método de pesquisa que permite a procura, a síntese das evidências disponíveis e avaliação para o total conhecimento do tema investigado, capaz de conduzir o desenvolvimento de futuros estudos sobre determinada doença¹⁰.

Para iniciar a revisão, foi considerado perguntas norteadoras como qual seria os pontos importantes da patologia levando em consideração em como os profissionais enfermeiros poderiam contribuir de forma significativa para obtenção de bons resultados não apenas para a assistência, mas também para a pesquisa e ensino sobre a doença, além disso, como a história da enfermagem foi capaz de moldar a profissão atual e contribuir para a tomada de decisão dos enfermeiros e enfermeiras na contemporaneidade?

Para responder a pergunta norteadora foram utilizados os bancos de dados como o Scielo, o BVS e o Pubmed com um total de 16 artigos que abordem sobre o tema a fim de reunir informações concisas para o conhecimento do leitor em uma pesquisa qualitativa de forma descritiva e foram aplicados filtros como textos completos gratuitos, que abordassem o tema voltado a enfermagem.

Para se concluir a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: “Assistência à saúde”, “infecções por coronavírus”, “Política de saúde”, “Teorias de enfermagem” e “Pandemia”, incluídas no DECS (<https://decs.bvsalud.org/>) s artigos incluídos foram aqueles publicados nos últimos quinze anos em português e inglês de forma gratuita que contribuiu para o acervo de dados existentes até o momento sobre o tema e os artigos excluídos foram aqueles acima de quinze anos de publicação que não sejam gratuitos e que não englobem o português ou a língua inglesa. Os dados foram analisados usando análise de temática de conteúdo¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados interpretados foram discutidos e analisados, sendo relacionados uns com os outros e fazendo uma reflexão para futuras pesquisas. Na revisão presente, os dados extraídos dos artigos foram apresentados de forma descritiva.

A análise dos resultados abordou os seguintes temas: sistematização da assistência em enfermagem, processo de enfermagem, políticas públicas relacionadas ao COVID-19, a história da enfermagem com nomes que contribuíram para a assistência atual na pandemia como, Florence Nightingale, Wanda Horta, Hildergard Elizabeth Peplau e, além disso, o papel dos profissionais enfermeiros a assistência ao covid-19.

No quadro 1 estão descritas as informações gerais dos 16 artigos utilizados na revisão integrativa. Foram comparados e analisados entre si para os resultados dessa pesquisa.

Quadro 1- Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo e ano de publicação.

N °	Título	Autores	Objetivo	Ano
1	Sistematização da assistência em enfermagem sustentada em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de wanda horta.	Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG.	Implementar a sistematização da assistência de enfermagem individualizada e humanizada na unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico de Brusque-Santa catarina	2009
2	Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo.	Horta W A.	Explicar a natureza de enfermagem, seu campo específico e sua metodologia de trabalho	1974
3	Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de	Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA.	Elaborar um instrumento de coleta de dados, visando o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI-A) e	2006

	coleta de dados.		validá-lo em sua forma aparente e de conteúdo.	
4	A pandemia por COVID-19: uma oportunidade para visibilizar a enfermagem em nível internacional.	Contreras CCT.	Analisar um novo cenário mundial para dar resposta, no contexto da saúde pública, a um espaço inédito que requer novas respostas e novas perguntas de pesquisa para uma nova forma de ser, de pensar, de valorizar e de agir.	2020
5	Correntes de pensamento nacionais sobre rentes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem.	Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS.	Analisar a produção bibliográfica sobre sistematização da assistência; e discutir conceitos associados ao tema, contribuindo para uma reflexão sobre a SAE e sua aplicabilidade em hospitais do Rio de Janeiro.	2008
6	Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19.	Queiroz AGS, Souza RZ, Sottocornola SF, Barbosa JC, Pinheiro FA, Souza LP.	Narrar as manifestações clínicas das vítimas da COVID-19 com base em evidências científicas e propor os principais diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia da NANDA Internacional.	2020
7	Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional.	Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL.	Compreender o significado da sistematização da assistência de enfermagem para os profissionais da equipe multiprofissional da saúde.	2008
8	Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para covid-19.	Bitencourt J V O V, Meschia W C, Frizon G, Biffi P, Souza J B, Maestri E.	Relatar a experiência no processo de estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19, ressaltando o protagonismo do enfermeiro nas tomadas de decisão.	2020
9	Os momentos das políticas de saúde no combate ao COVID-19.	Santana R, Rocha J, Soares P, Sousa J.	Realizar um breve olhar sobre o momento em que as principais medidas de combate ao COVID-19 foram decretadas em cada país.	2020
10	Covid-19: Reflexão da atuação do enfermeiro no combate ao desconhecido.	Alves JCR, Ferreira MB.	Refletir sobre as consequências da atuação do enfermeiro perante o surgimento da COVID-19.	2020

11	Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva.	Lana R M, Coelho F C, Gomes M F C, Cruz O G, Bastos L S, Villela D A M et al.	Aludir o papel da vigilância nacional em saúde para a pandemia do novo corona vírus.	2020
12	Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19.	Croda J H R, Garcia L P.	Relatar as respostas do governo em detrimento do COVID-19	2020
13	Uma reflexão sobre a teoria de peplau e a teoria psicanalítica: caminho de interseções.	Carrilho C A, Almeida A N S, Martins I C.	Apreender a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, destacando dois conceitos e as fases do processo que orientam as práticas de enfermagem, construindo uma reflexão crítica a partir do referencial da psicanálise.	2016
14	Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história	Padilha MICS, Mancia JR.	Estabelecer uma reflexão sobre os elos de ligação entre a prática de enfermagem proposta a partir de Florence Nightingale e a influência recebida das ordens/associações religiosas, mais especificamente a Companhia das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo.	2005
15	Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica.	Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBC.	Analisar a teoria ambientalista de Florence Nightingale à luz do modelo proposto por Johnson e Webber.	2015
16	Fragmentos da trajetória pessoal e profissional de Wanda Horta: contribuições para a área da enfermagem	Pires SMB, Méier MJ, Danski MTR.	Resgatar aspectos julgados significativos, da história de vida da enfermeira Wanda Horta, com a finalidade de refletir e analisar as influências de uma trajetória acadêmica, pessoal e profissional que contribuiu para a sua formação e constituição como profissional da enfermagem.	2011

Houve uma publicação em 1975, duas publicações entre 2005 e 2006, cinco publicações entre os anos de 2009 à 2016, exceto em 2010 e 2012 e 2013, uma em cada ano, exceto em 2008 que houve duas e sete publicações no ano de 2020. Todas as publicações relacionadas a enfermagem e a assistência, sendo seis artigos relacionados a sistematização da assistência de enfermagem, cinco publicações voltadas para as Teoria de enfermagem, sendo um de Peplau, dois de

Wanda Horta e dois de Florence Nightingale, e não obstante, seis artigos relacionados ao COVID-19, sendo quatro abordando sobre a assistência dos enfermeiros e enfermeiras junto a pandemia e dois referente as políticas públicas voltadas para a o combate ao COVID-19.

HISTÓRICO E DEFINIÇÃO

A equipe de enfermagem é de vital importância para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, além disso, uma parte muito importante desse processo é além de cuidar, assistir e planejar o atendimento aos pacientes, os profissionais de enfermagem devem também estar preparados e capacitados para essa assistência. É a única que fica 24 horas com o paciente, Como parte fundamental da equipe de saúde, a enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e revertem desequilíbrios em equilíbrio do Homem, no tempo e no espaço⁽¹²⁾.

Historicamente, enfermeiros e enfermeiras vêm inovando o cuidado de enfermagem com novas técnicas e conceitos, nomes muito importantes como o de Florence Nightingale promoveram o sucesso da enfermagem na pandemia atual. Florence com sua teoria ambientalista na guerra da Criméia em 1854 organizou um hospital com 4000 soldados internos, baixando a mortalidade de 38% para 2% no local e após isso, fundou uma escola de enfermagem no Hospital St. Thomas⁽¹³⁾. Florence reduziu os números de óbitos por pensar que o ambiente externo afetava diretamente no bem estar biopsicossocial do paciente assistido a fim de que isso pudesse reduzir e até prevenir algumas patologias, assim, refletindo nos dias de hoje, em uma assistência humanizada, fundamentada no controle do ambiente ao redor do paciente, o qual é visto como um ser de relações e interações com o meio em que está inserido⁽¹⁴⁾. Outro nome importante para o enfrentamento das doenças voltadas para a assistência da equipe de enfermagem é de Wanda Horta que criou a teoria das necessidades humanas básicas, que dizia que a função da enfermagem pode ser dividida em três áreas: a área específica relacionada ao paciente, a área de interdependência concernente á prevenção e a área social pertinente ao ensino, pesquisa e administração⁽¹²⁾.

Muito se contribuiu para o serviço prestado aos pacientes as teorias de enfermagem, e hoje, a assistência enfatiza o cliente de modo holístico e humanizado, não apenas voltado para o ambiente externo ou as necessidades dos paciente, Hildegard Elizabeth Peplau também deu um passo importante na história com a teoria da relação interpessoal, que visa o paciente não como objeto e sim como sujeito, reiterando o relacionamento enfermeiro paciente e transformando as experiências em aprendizado e crescimento pessoal⁽¹⁵⁾. Essas teorias são utilizadas até hoje para nortear a assistência ao paciente e não obstante ao paciente acometido com COVID-19, além de pensamento empírico trás uma abordagem científica baseada em evidências e, nesse contexto a Enfermagem, segundo um relatório publicado pela OMS é uma espinha dorsal para a linha de frente do COVID-19⁽¹⁶⁾.

POLÍTICAS PÚBLICAS E ABORDAGENS

Para que as políticas públicas surtam o efeito necessário contra a disseminação do COVID-19, o monitoramento das curvas epidêmicas é de extrema importância, pois, permite antever o cenário epidemiológico e com isso auxiliar na assistência⁽⁷⁾. O que se deve ter em mente é que o número de pessoas suscetíveis à doença e a própria estrutura da população que esta sendo estudada influencia diretamente na curva de reprodução da doença, portanto, a aplicação da vacina, por

exemplo, é um meio de diminuir os suscetíveis ⁽⁷⁾. Não obstante, quando foi iniciado a pandemia por COVID-19 as autoridades brasileiras de vigilância agiram rapidamente. Dia 3 de janeiro, foram acionados a OMS (PFN-RSI/OMS). Em 22 de janeiro, foi acionado o Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde. Em 27 de janeiro, foi ativado o plano de contingência e, em 3 de fevereiro a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) ⁽¹⁷⁾.

As abordagens para o enfrentamento de pandemia foram/são muito importantes, mas, além disso, o manejo dos insumos seja eles, materiais ou de pessoas é primordial para que o ciclo da assistência aconteça, por exemplo, se houver desabastecimento de kits para processar as amostra ou falta de pessoal capacitado, atrasa as notificações obrigatórias e além disso, sobrecarrega os laboratórios de referência ⁽¹⁸⁾. Hospitais de campanha foram construídos em todo o país como forma de ampliar o atendimento aos usuários, todavia a importância do cuidado com a equipe de saúde é uma das abordagens necessárias para se direcionar o cuidado, é visível que equipamentos de proteção individual- EPI passaram a ser utilizados com mais frequência, e, além disso, não só apenas utilizar os EPI corretamente bem como saber manuseá-los. O conselho federal de enfermagem publicou em meados de março do ano de 2020 uma cartilha que dispunha sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual a fim de organizar os serviços de enfermagem ⁽¹⁹⁾.

As estratégias para diminuir a curva de pacientes com a doença e potencializar o serviço frente a pandemia seguiu três grandes áreas: a primeira foi a ampliação e a rapidez da entrega da testagem nos possíveis doentes, isolamento domiciliar daqueles comunicantes da doença e investimentos para proteção dos profissionais e controle comunitário⁽⁷⁾. Por fim, os estudos mostraram que de forma geral as políticas públicas tem impacto satisfatório na pandemia mesmo que pautando estratégias separadamente, porém, apenas um conjunto de abordagens pode conter a disseminação do vírus ⁽²⁰⁾.

PAPEL DA ENFERMAGEM

Visto que a enfermagem tem revolucionado o cuidado e constantemente criado e aprimorado novas técnicas para o enfrentamento de doenças, ao COVID-19 não seria diferente. Em virtude da falta de vacinas ou medicamentos curativos para essa patologia, a equipe de enfermagem tem usado da educação em saúde como um método eficaz para a prevenção ao COVID-19 ⁽²¹⁾. Ensinar ao paciente, prestar atenção em suas perguntas e dar suporte ao conhecimento da população a fim de educar as pessoas como forma de prevenção é algo inerente ao enfermeiro assistente e também uma estratégia fundamental frente a pandemia.

Assim como as boas práticas em saúde são eficazes, a proteção dos profissionais enfermeiros faz-se muito necessária para não disseminação da doença através de contato cruzado entre um paciente infectado, o enfermeiro e um paciente saudável. Algumas das abordagens que podem ser feitas são a diminuição da sobrecarga de trabalho, oferta de EPI's suficientes, treinamentos e atualizações constantes e disponibilidade de atendimento psicológico ⁽²¹⁾. A equipe de enfermagem não apenas agrega capacidade técnica ao cuidado, mas sua importância se dá principalmente por ser a equipe que fica 24 horas junto ao paciente⁽²²⁾. Contudo, o profissional enfermeiro pauta seu cuidado na sistematização da assistência de enfermagem, que organiza o trabalho oferecendo subsídio para desenvolver uma assistência baseada em evidências de forma interdisciplinar e

humanizada, centrada no sujeito⁽²³⁾. E para tanto a taxonomia do NANDA traz alguns diagnósticos de enfermagem que serão utilizados mais especificamente ao COVID-19 como: ansiedade relacionado a morte, padrão respiratório ineficaz, isolamento social, diarreia e entre outros⁽²²⁾. É muito importante que a equipe atente-se ao padrão clínico do paciente, o olhar do profissional perante ao cliente é de extrema relevância para seu cuidado.

A enfermagem presta um papel assistencial insubstituível, mas, além disso, o profissional enfermeiro gerencial agrega um conhecimento político, social, econômico e cultural⁽²⁴⁾. Lidar com questões de políticas públicas visando manter um alicerce firme frente a uma pandemia faz com que enfermeiros sejam indispensáveis, sua capacidade técnica e científica pode acrescentar em diversas ações socioeconômicas e nesse âmbito, a equipe de enfermagem foi se tornando líder quanto á questões de ambiência, dimensionamento de pessoal, cuidado, treinamento as equipes e suporte psicológico⁽²⁴⁾. Em suma, todas as tarefas exercidas pelos profissionais enfermeiros e enfermeiras é de grande importância e além disso, a pesquisa, o conhecimento, a capacidade de adaptar-se e criatividade⁽²⁵⁾.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE

Uma das ferramentas mais importantes para enfermagem na prestação de serviço é a sistematização da assistência. Em 2002 houve a resolução do COFEN 272 que enfatizou a necessidade da aplicação a sistematização da assistência em enfermagem, que é um instrumento privativo do enfermeiro promovendo prevenção, promoção recuperação e reabilitação⁽²⁶⁾.

Em 2009 o conselho federal de enfermagem aprovou a resolução 358 que diz respeito a sistematização da assistência e a implementação do processo de enfermagem em ambientes público e privados que se realize cuidados de enfermagem⁽²⁷⁾. O processo de enfermagem é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem e também é a dinâmica das ações que estão sistematizadas e inter-relacionadas aos 6 passos que visam a assistência ao ser humano⁽²⁸⁾. Segundo os estudos de Wanda Horta, são divididas em histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e por último, prognóstico de enfermagem⁽²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁾. Essas etapas do processo de enfermagem é um dos caminhos para sistematizar a assistência, deixando em evidência a segunda etapa: o diagnóstico, responsável por alcançar o cuidado holístico voltado para as necessidades humanas⁽³⁰⁾.

O diagnóstico de enfermagem é a interpretação e agrupamento de dados coletados na primeira etapa que norteia a tomada de decisão da equipe e dá seguimento as próximas etapas de intervenção que serão baseadas no diagnóstico de enfermagem feito⁽²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁾. Nesse contexto foi-se padronizado a linguagem com as taxonomias do NANDA-I e a CIPE⁽³⁰⁾.

Contudo, a SAE deve ser ajustada a realidade da instituição, como número de profissionais e horas semanais de trabalho são pontos a serem avaliados, principalmente levando em consideração uma unidade de terapia intensiva onde existe um número considerável de procedimentos exclusivos do enfermeiro⁽³¹⁾. Para tanto a sistematização da assistência auxilia os profissionais enfermeiros a melhorar a qualidade do atendimento e até mesmo criar os padrões de sinais e sintomas dos pacientes e além de apenas auxiliar no atendimento, auxilia também no estudo e pesquisa, principalmente em uma patologia tão incerta quanto ao COVID-19.

CONCLUSÃO

Foi demonstrado que apesar dos problemas que a pandemia por coronavírus tem causado ao mundo, a equipe de enfermagem tem ferramentas científicas potentes para auxiliar na assistência de doentes e na prevenção da disseminação, pois, ainda que muito nova seja essa patologia a enfermagem tem um olhar holístico e científico desde seus primórdios, já criou teorias que usamos até hoje para se obter sucesso no cuidado. Os resultados permitiram perceber que mesmo que muito negligenciada pelos profissionais a sistematização da assistência de enfermagem é primordial para o combate ao coronavírus e que cuidar dos profissionais, dando a eles um suporte emocional e recursos materiais necessários, melhoraria a forma como está sendo seguido o cuidado, pois, não obstante, o papel da enfermagem é prestar cuidado ao paciente 24 horas por dia.

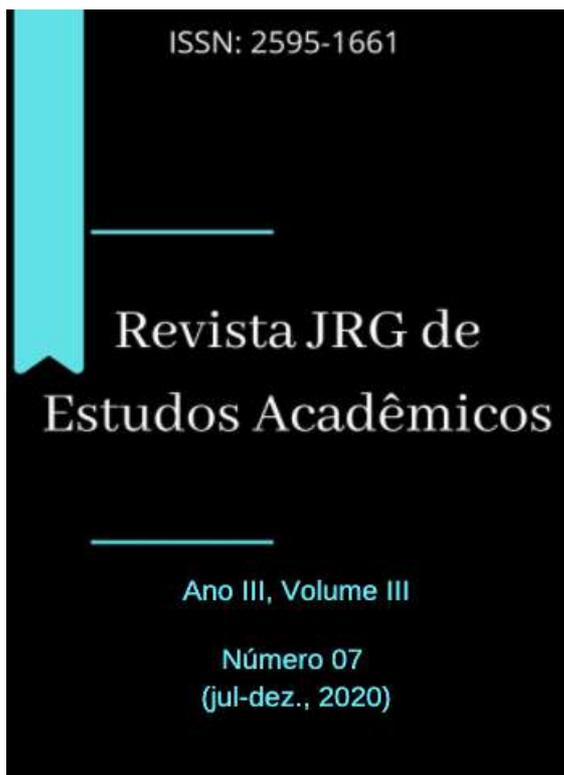
Contudo, sugere-se que haja mais capacitação profissional em diversas áreas para que os enfermeiros sintam-se mais preparados para o cuidado e além disso, que sejam influenciados a utilizar mais as ferramentas de enfermagem como a SAE. Além disso, propõe-se que haja mais recursos materiais e de pessoas para lidar com mais um setor que demanda cuidado dos enfermeiros nos hospitais que são os isolamentos por coronavírus, pois, a equipe precisa desse suporte para concluir o trabalho com mais assertividade.

REFERÊNCIAS

1. Sáfyadi MAP, Carvalho AP, Pimentel AM, Berezin EN, Coser E, Rocha MAW, ET AL Novo coronavírus (COVID-19) sociedade brasileira de pediatria 2020 1-11.
2. Kramer LD, Visão geral dos vírus, Manual do ministério da saúde, 2018
3. Ventura DFL, Aith FMA, Rached DH, A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena no Brasil Revista Direito e Práxis, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2020 1-38
4. Goés LGB. Caracterização molecular de coronavírus humano-HCOV, circulantes no município de São Paulo, São Paulo, Brasil. Instituto de ciências biomédicas. 2012. 22-154.
5. Ministério da saúde. Informe Técnico - MERS-CoV (Novo Coronavírus) Brasília: Secretaria de vigilância em saúde; 2014
6. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico secretaria de vigilância em saúde; 2020
Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, Faria MGA,
7. Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL , Acioli S, Faria MGA. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28:e49570
8. Franco AG, Franco ABG, Carvalho GAP, Ramos EV, Dias SC. Máscaras cirúrgicas em tempos de coronavírus InterAm J Med Health 2020;3:e202003003.

9. Santos LC, Andrade J, Spiri WC, Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para o processo de trabalho na estratégia saúde da família Esc Anna Nery 2019 ;23(3) 1-6
10. Sousa LMM, Vieira-Marques CMA , Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em Enfermagem. Resvista investigação em enfermagem 2017 17-26.
11. Manayo MCS, Análise de dados em pesquisa qualitativa, pesquisa social: teoria método e criatividade, Petrópolis, vozes, 1994.
12. Horta, WA. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR, 5(1) 7-15,1974.
13. Padilha MICS, Mancia JR, Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):723-6
14. Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBC. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. Esc. Anna Nery [Internet].
15. Carrilho CA, Almeida ANS, Martins IC. Uma reflexão sobre a teoria de peplau e a teoria psicanalítica: caminho de interseções, Revista Expressão Católica (Saúde) Jul - Dez, 2016; 1 (1)
16. Conselho regional de enfermagem-Mato Grosso [base de dados na internet] MATO GROSSO DTIC/ASCOM do Cofen. 2020 [acesso em: 14/09/2020] disponível em: http://mt.corens.portalcofen.gov.br/oms-e-parceiros-pedem-investimentos-urgentes-em-profissionais-de-enfermagem_13012.html
17. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19 Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 29(1):e2020002, 2020
18. Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC , Cruz OG , Bastos LS , Villela DAM et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública 2020; 36(3):e00019620
19. Conselho federal de enfermagem [base de dados na internet] Distrito Federal DTIC/ASCOM do Cofen. [acesso em: 15/09/2020] disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-cartilha-sobre-colocacao-e-retirada-de-epis_78405.html
20. Santana R, Rocha J, Soares P, Sousa J. Os momentos das políticas de saúde no combate ao COVID-19. Escola nacional de saúde publica-Universidade nova Lisboa. Lisboa-Portugal 2020. 1-5
21. Alves JCR , Ferreira MB. Covid-19: reflexão da atuação do enfermeiro no combate ao desconhecido. Enferm. Foco Enferm. Foco 2020; 2020; 11 (1) Especial: 11 (1) Especial: 74-77 74-77.

22. Queiroz AGS, Souza RZ, Sottocornola SF, Barbosa SJ, Pinheiro FA, Souza LP. Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19. J. Health Biol Sci. 2020;8(1):1-6
23. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):643-8.
24. Bitencourt JVOV, Meschia WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para covid-19. Texto & Contexto Enfermagem 2020, v. 29: e20200213
25. Contreras CCT. A pandemia por COVID-19: uma oportunidade para visibilizar a enfermagem em nível internacional. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20200139.
26. Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. uly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre rentes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. Escola de Enfermagem Ana Nery. Rio de Janeiro, RJ. 2008. 61(6), 883-887.
27. Conselho federal de enfermagem [base de dados na internet] Distrito Federal DTIC/ASCOM do Cofen. [acesso em: 01/10/2020] disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
28. Horta W. Processo de enfermagem. 16º edição. São Paulo. Editora pedagógica e universitária Ltda; 197
29. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. 15(4): 617-628.
30. Dantas TP, Aguiar CAS, Rodrigues VRT, Silva RRG, Silva MIC, Sampaio LRL, et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com COVID-19. Journal Health NPEPS. 2020 jan-jun; 5(1):396-416.
31. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de wanda horta. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(1): 54-64.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **08/10/2020**

Data de reformulação: **17/10/2020**

Data do aceite: **02/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4266868>

Publicado: **2020-11-11**

A FLEBITE COMO UMA DAS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NA TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA EM ADULTO

FLEBITE AS ONE OF THE MAIN INTERCURRENCES IN PERIPHERAL INTRAVENOUS THERAPY IN ADULT

*Maria Messias dos Santos Santana¹
Lúcia de Medeiros Taveira²*

RESUMO

Objetivo: Analisar a ocorrência da flebite como uma das principais complicações da terapia intravenosa periférica em adultos. **Metodologia:** Foram utilizados artigos dos bancos de dados SCIELO, LILACS e BDNF para a realização de uma revisão integrativa da literatura. **Resultados:** A seleção de 14 artigos possibilitou a identificação dos principais fatores incidentes de flebite. **Conclusão:** a flebite pode ser considerada uma das principais intercorrências da TIV em razão de fatores como o tipo de medicamento, o calibre do cateter e o tempo de punção e de infusão entre outros fatores menos preponderantes conforme os estudos analisados.

Palavras-chave: Complicação local. Flebite. Procedimento invasivo. Terapia Intravenosa Periférica.

¹ Acadêmico de Enfermagem. Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília-DF, Brasil. E-mail: mariasantanam2570@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0894-8862>

² Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília Especialista em Saúde Coletiva e Licenciatura em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the occurrence of phlebitis as one of the main complications of peripheral intravenous therapy in adults. **Methodology:** Articles from the SCIELO, LILACS and BDNF databases were used to carry out an integrative literature review. **Results:** The selection of 14 articles made it possible to identify the main incident factors of phlebitis. **Conclusion:** phlebitis can be considered one of the main complications of IVT due to factors such as the type of medication, the catheter gauge and the puncture and infusion time, among other less prevalent factors, according to the studies analyzed.

Keywords: Local complication. Phlebitis. Invasive procedure. Peripheral Intravenous Therapy.

INTRODUÇÃO

A dificuldade de acesso venoso periférico e outros fatores associados à Terapia Intravenosa (TIV) podem concorrer para complicações ao paciente, tais como a flebite, dentre outras¹. Convenientemente, a TIV é um procedimento terapêutico e diagnóstico valioso, utilizado em grande escala pelos enfermeiros, cuja aplicabilidade viabiliza a administração de medicamentos, fluidos e outros componentes sanguíneos e nutricionais². Logo, o ponto de incisão de cateter para proceder à TIV predispõe o paciente à flebite³.

A flebite consiste uma complicação local frequente e grave relacionada ao uso de cateteres intravenosos periféricos (CIP), caracterizada por inflamação da parede da veia, com sintomas em diferentes graus como edemas, dor e eritema ao redor do ponto do cateter ou ao longo do vaso, com possibilidade de evoluir para cordão fibroso saliente, rubor, sensibilidade no local e febre².

De acordo com o fator que lhe predispõe, a flebite pode ser classificada em três tipos, os quais são: a flebite mecânica; a química; e a infecciosa. A mecânica resulta do trauma causado ao movimentar o CIP durante a punção ou durante seu uso; a química está relacionada à infusão de fluidos ou soluções com baixa solubilidade, extremos de pH, ou alta osmolaridade, ou, ainda, por partículas na solução; a flebite infecciosa está ligada ao uso de soluções contaminadas e à negligência à observação da assepsia recomendada ao inserir o CIP⁴.

Em vista dos diferentes tipos de flebite, o CIP deve ser executado por profissionais competentes – os enfermeiros. O CIP é um procedimento invasivo de ocorrência frequente em pacientes hospitalizados e demanda habilidade manual e técnica, além de conhecimento de anatomia e fisiologia do sistema vascular suficiente para procedê-lo⁵. Faz sentido, portanto, que o CIP seja procedido por profissionais bem preparados e comprometidos com a qualidade do atendimento para que reduzam os riscos de ocorrências de flebite em pacientes adultos³.

Ficou claro que a flebite é uma das consequências do uso do CIP vinculado a fatores facilitadores, como assepsia inadequada e dificuldade de acesso venoso, entre outros. Entretanto, é preciso investigar a frequência com que ela ocorre em pessoas adultas, bem como os fatores relacionados na TIV².

Portanto o estudo teve como objetivo investigar os fatores de risco que desencadeiam a ocorrência da flebite durante o uso e após a retirada do CIP (flebite pós-infusão) como também na terapia intravenosa periférica.

MÉTODOS

A revisão integrativa realizada neste artigo visou efetuar uma análise do tema de interesse para a área de enfermagem o que possibilita estabelecer conclusões gerais ao seu respeito e apontar algumas lacunas que podem ser preenchidas com a realização de novos estudos sobre a temática.

A primeira fase, constituiu-se a pergunta norteadora de pesquisa. Para a construção da questão norteadora deste trabalho, utilizou-se da estratégia PICO: P – população e problema; I – intervenção; C – comparação e O – outcome (termo em inglês que significa desfecho).⁵ Assim, considerou-se P: flebite; I: fatores de risco que desencadeiam a ocorrência da flebite durante o uso e após a retirada do CIP (flebite pós-infusão); C: qualquer comparação com a flebite desencadeada pela terapia intravenosa periférica; O: prevenção da flebite. Dessa forma a pergunta estruturada foi: Quais os fatores capazes de desencadear a flebite durante e após a retirada do CIP?

Utilizou-se para a segunda fase, uma estratégia de busca utilizando os descritores: “Flebite AND terapia intravenosa periférica OR procedimento invasivo – em inglês” nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Refinou-se, contemplando a terceira fase da pesquisa com a aplicação dos critérios de inclusão previamente estabelecidos na estratégia de busca: artigos publicados de forma online nos últimos 05 anos (2015 a 2019); disponíveis em língua portuguesa e na íntegra; estudos no formato de artigos originais oriundos de produções científicas diversificadas.

Leram-se criticamente, na quarta fase, os resumos dos estudos recuperados, excluindo os duplicados e aqueles cujo objetivo, resultados ou conclusão não discorriam sobre os fatores capazes de desencadear a flebite durante e após a retirada do CIP.

Apresenta-se, na figura 1, o fluxograma descritor dos resultados obtidos a partir da estratégia de busca de acordo com o fluxograma PRISMA.⁷

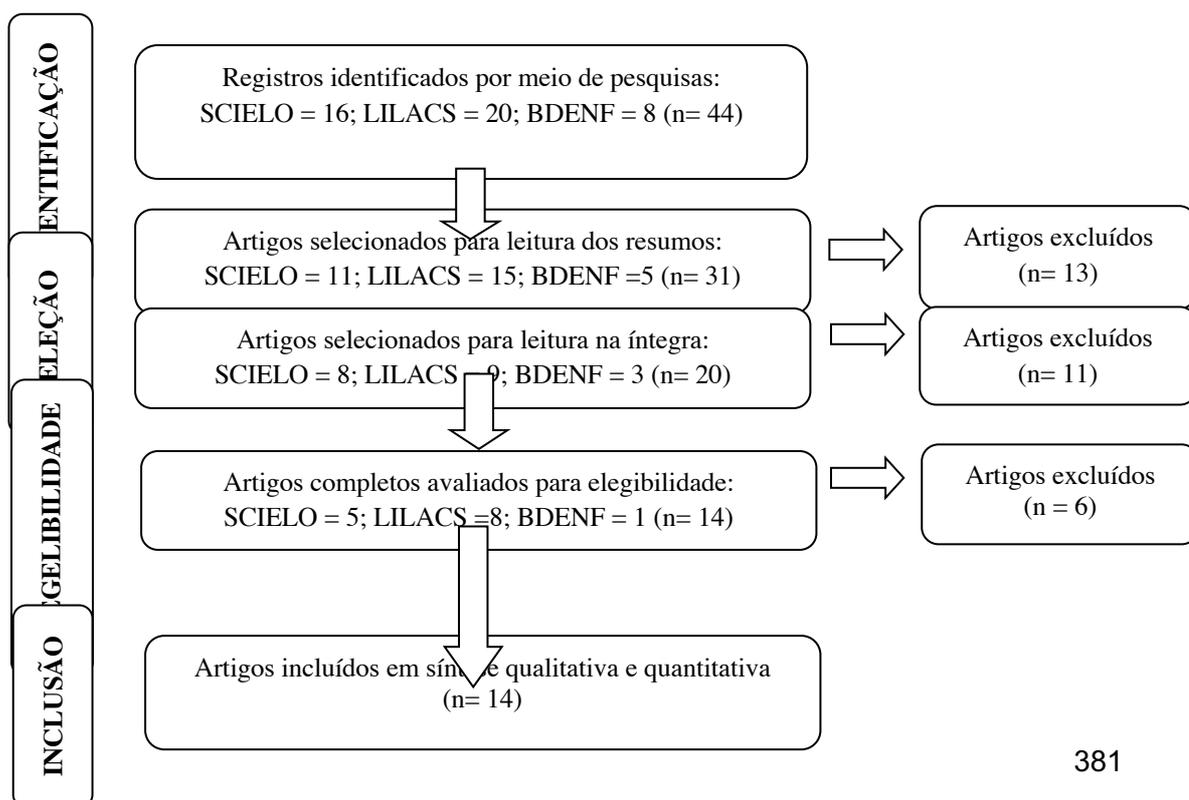


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos. Brasília (DF), Brasil, 2020.

Resultou-se a busca na literatura um total de 44 artigos capturados e, desses, 16 estavam no SCIELO, 20 na LILACS e 8 artigos na BDNF. Reduziu-se, a partir da aplicação dos filtros de inclusão, o número de ocorrência: no SCIELO, recuperaram-se 11 (25%) estudos; na LILACS, 15 (34%); e na BDNF, 5 (11%) estudos. Totalizaram-se 31 artigos submetidos à leitura dos resumos e à aplicação dos critérios de exclusão, gerando-se a rejeição de 13 artigos. Após a leitura completa dos artigos foram rejeitados ainda 6 artigos por não responderem à questão de pesquisa. Constituiu-se assim a amostra revisada de 14 artigos.

RESULTADOS

Descrição geral dos artigos selecionados

Elaborou-se, para facilitar a avaliação e a análise dos dados, um instrumento que pudesse fornecer informações detalhadas dos estudos (Quadro 1). Extraíram-se variáveis de identificação tais como: autores do estudo, título, objetivos, desenho do estudo e resultado encontrado. Pretendeu-se com o instrumento, além de formar um banco de dados, mapear pontos pertinentes, integrar dados e caracterizar a amostra revisada.

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo com o periódico, país, ano de publicação, autor(es), título, delineamento, resultados. Brasília (DF), Brasil, 2020.

	Periódico, país e ano de publicação	Autor(es)	Título	Delineamento	Resultados
Artigo 1	Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, Brasil, 2017.	Urbanetto JS, Muniz FOM, Silva RM, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR.	Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados.	Estudo de coorte com 165 pacientes adultos internados em hospital universitário de Porto Alegre que totalizaram 447 acessos no período de dezembro 2014 a fevereiro 2015. A coleta dos dados foi diária, e a análise dos dados ocorreu pela estatística descritiva e analítica.	A incidência de flebite durante o uso do CIP foi de 7,15% e de flebite pós-infusional, 22,9%. A flebite durante o uso do cateter associou-se com a Amoxicilina + Ácido Clavulânico. A flebite pós-infusional apresentou associação do grau de gravidade com a idade e com o uso de Amoxicilina + Ácido Clavulânico, Cloridrato de Tramadol e Anfotericina.

Artigo 2	Acta paul. enferm. São Paulo, Brasil, 2016.	Buzatto LL, Massa GP, Peterlini MAS, Whitaker IY.	Fatores relacionados à flebite em idosos com infusão intravenosa de amiodarona	Coorte prospectiva, observacional sobre fatores de risco para ocorrência de flebite em pacientes com idade acima de 60 anos que receberam infusão intravenosa periférica de amiodarona, internados, no ano de 2012, nas unidades Coronarianas (22 leitos) e Semi Intensivas Gerais (43 leitos) de um hospital privado de grande porte, localizado na cidade de São Paulo, Brasil.	Do total de 102 idosos, 34 (33,3%) apresentaram flebite. A flebite foi mais frequente em mulheres (43,6%), em membro dominante puncionado (36,2%), em veias basilíca ou cefálica do antebraço (41,2%), nos dispositivos de calibre 20G (40,0%), em curativo estéril IV Fix® (39,3%), em cateter Intima® (34,3%) e quando houve reposicionamento do dispositivo (33,3%); mas essas variáveis não se associaram estatisticamente à flebite. Ausência de flebite na infusão rápida exclusiva foi marginalmente significativa (p= 0,051) comparada aos diferentes tipos de infusão.
Artigo 3	Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, Brasil, 2016.	Enes SMS, Opitz SP, Faro ARMC, Pedreira MLG.	Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital na Amazônia Ocidental Brasileira *	Estudo exploratório com amostra de 122 cateteres intravenosos periféricos inseridos em 122 pacientes em uma unidade médica. Foram analisadas variáveis relacionadas ao paciente e à terapia intravenosa. Para a análise, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.	A complicação foi o principal motivo da retirada do cateter (67,2%), a flebite foi a complicação mais frequente (31,1%). O tempo médio de uso da terapia intravenosa foi de 8,81 dias em infusão contínua e intermitente (61,5%), em cateter 20G (39,3%), inserido no arco dorsal da veia da mão (36,9%), com tempo médio de uso de 68,4 horas. O tipo de infusão (p = 0,044) e a presença de doença crônica (p = 0,005) e infecção (p = 0,007) afetaram o desenvolvimento de flebite.
Artigo 4	Rev. Latino-Am. Enfermag em, Sérvia, Croácia, 2015	Milutinović D, Simin D, Zec D.	Fator de risco para flebite: um estudo de questionário sobre a percepção de enfermeiras	Estudo transversal com questionário, que incluiu amostra de 102 enfermeiros.	Os enfermeiros reconheceram alguns fatores que podem reduzir a incidência de flebite; no entanto, mais da metade das enfermeiras desconhecia que o material e o diâmetro da cânula podem afetar a taxa de incidência de flebite. Além disso, a doença de base e o pH alto dos medicamentos ou soluções foram identificados como potenciais fatores de risco, ao passo que o pH baixo e a osmolalidade baixa não foram. Os enfermeiros identificaram os antibióticos vancomicina e benzilpenicilina com o potencial flebítico mais forte. Dentre os outros medicamentos e fluidos intravenosos, aminofilina, cloridrato de amiodarona e cloreto de potássio 7,4% foram identificados como potencialmente causadores de flebite.

Artigo 5	Revista. Latino-Am. Enfermagem, Brasil, 2016.	Urbaneto JS, Peixoto CG, May TA.	Incidência de flebite associada ao uso de cateter IV periférico e após a remoção do cateter	Estudo de coorte de 171 pacientes em uso de PIC, totalizando 361 punções. Foram coletadas variáveis sociodemográficas e associadas ao cateter. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e analíticas.	A idade média dos pacientes foi de 56,96 e 51,5% da população da amostra era do sexo masculino. A incidência de flebite foi de 1,25% durante o uso de PIC e 1,38% após a infusão. A incidência de flebite durante o uso do PIC foi associada ao tempo de permanência do cateter, enquanto a flebite pós-infusão foi associada à punção no antebraço. Ceftriaxona, claritromicina e oxacilina estão associadas à flebite pós-infusão.
Artigo 6	J Family Med Prim Care, Índia, 2019.	Mandal A, Raghu K	Estudo sobre a incidência de flebite após o uso de cateter intravenoso ferférico	Estudo realizado com 150 pacientes que foram internados na divisão médica e cirúrgica do hospital durante o período de julho de 2018 a abril de 2019. Os fatores estudados foram idade, sexo, local de inserção, local de inserção, tamanho da cânula, medicamentos IV e produtos sangüíneos usados. A flebite foi graduada usando o Visual Infusion Phlebitis Score.	A incidência de flebite foi de 31,4% em nosso estudo. O aumento da taxa de incidência de flebite foi observado no gênero feminino, idade inferior a 60 anos, inserção em membro inferior, cateter de grande porte, cateter inserido em situação de emergência e administração de medicamentos intravenosos.
Artigo 7	Int J Environ Res Saúde Pública. 2019	Lee S, Kim K, Kim JS.	Um modelo de flebite associada a periferia Cateteres intravenosos em pacientes ortopédicos	Este estudo incluiu 270 pacientes ortopédicos internados na enfermaria ortopédica de um hospital geral. Um questionário relacionado à injeção intravenosa periférica baseado em estudos anteriores e a escala modificada da Infusion Nurses Society foram usados para coletar os dados.	Fatores de risco de flebite foram identificados e um modelo de predição foi desenvolvido usando o modelo de regressão Bayesiana. Qualidade da veia, uso do meio de contraste, duração da higiene, e o período de experiência clínica de enfermagem foram significativos com base em seus intervalos de confiança de 95%. O modelo de previsão exibiu boa discriminação.

<p>Artigo 8</p>	<p>infecç; Brasil, 2019.</p>	<p>Pereira MSR, Cunha VVO, Borghardt AT, Lima EFA, Santos TFF, Portugal FB.</p>	<p>A segurança do paciente no contexto das flebitis notificadas em um hospital universitário</p>	<p>Estudo observacional de caráter retrospectivo desenvolvido em três unidades de internação de um hospital universitário do município de Vitória, ES, Brasil. No período de junho a agosto de 2017 foram analisados os prontuários de 76 pacientes, a partir das notificações de flebite registradas por um software eletrônico. Também foram coletadas informações sobre as condições sociodemográficas e clínicas dos pacientes e as relacionadas aos registros de enfermagem. Social Sciences 22 (SPSS 22).</p>	<p>Identificou-se que 56,4% das flebitis ocorreram em homens, faixa etária entre 41 e 65 anos (42,3%) e 46,1% dos pacientes fizeram uso de antibióticos. Houve registro da conduta adotada em 59,2% dos casos, e as mais realizadas foram compressas de gelo (44,7%) e elevação do membro (34,2%).</p>
<p>Artigo 9</p>	<p>Rev. enferm. UFPE on line, Brasil, 2018.</p>	<p>Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL, Machado BD, Sanchez EB</p>	<p>Incidência de flebitis em pacientes adultos.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital da rede sentinela, por meio da notificação de eventos adversos no prontuário eletrônico, totalizando 176. Foram calculados a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas. A incidência de flebitis foi calculada usando-se números absolutos e porcentagem.</p>	<p>A incidência média de flebite foi 14,66 em 12 meses. A maioria dos pacientes era de homens, entre 61 e 80 anos, branca, casada, com ensino fundamental incompleto, aposentada, católica, do Sistema Único de Saúde, com internação <15 dias e punção venosa periférica com tempo <72h de inserção. A maioria dos enfermeiros não especificou a droga prescrita.</p>

<p>Artigo 10</p>	<p>Rev. bras. Ciênc. Saúde, Brasil, 2018.</p>	<p>Alves JL, Mendes-Rodrigues C, Antunes AV.</p>	<p>Prevalência de Flebite em uma Unidade de Internação Clínica de um Hospital Universitário Brasileiro de Alta Complexidade</p>	<p>Pesquisa exploratória e descritiva, da qual foram amostrados 144 pacientes. Foram coletados e associados os dados referentes à presença de flebite, local de inserção do cateter, tempo de a punção e classificação do grau da flebite.</p>	<p>A prevalência de flebite foi 23,6%; sendo o grau 2 de flebite o predominante (64,7%), o local com maior prevalência de flebite e foi a fossa cubital (36,8%) e antebraço (25,4%) que não diferiram entre si e apresentaram valor maior que o dorso da mão (10,6%). Quanto ao tempo de punção, as flebites foram mais prevalentes em pacientes com 4 dias de punção (42,8%) e 3 dias (40,6%). A prevalência de flebite cresceu 10,57% a cada dia após a punção. O grau de flebite não foi associado ao local de punção, mas foi associado ao tempo de punção.</p>
<p>Artigo 11</p>	<p>Revista Cubana de Enfermería. Brasil, 2018</p>	<p>Batista OMA, Moreira RF, Sousa AFL, Moura MEB, Andrade D, Madeira MZA</p>	<p>Complicações locais da terapia intravenosa periférica e fatores associados</p>	<p>Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, com observação sistemática e busca em dados secundários disponíveis em prontuário de 63 pacientes institucionalizados num hospital público de ensino.</p>	<p>A prevalência de flebite foi de 25,4 %, infiltração de 15,9 % e 11,1 % de hematoma. A maioria dos pacientes do estudo encontrava-se em terapia no intervalo máximo de 48 horas. No momento da observação, os cateteres estavam em sua maioria conectados ao polifix (n=58; 92,1 %). Quanto aos sintomas identificou-se edema, dor, desconforto e eritema ao redor da inserção do cateter em 16 (25,4 %) dos participantes.</p>
<p>Artigo 12</p>	<p>Texto contexto - enferm. Brasil, 2019.</p>	<p>Salgueiro-Oliveira AS, Basto ML, Braga LM, Arreguy-Sena C, Melo MN, Parreira PMSD</p>	<p>Práticas de enfermagem no cateter venoso periférico: flebite e segurança do paciente</p>	<p>Estudo qualitativo com recolha de dados por meio de técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas, com 26 e 15 enfermeiros, respetivamente, de um hospital português. Foi realizada a análise de conteúdo dos dados.</p>	<p>Na categoria "ações de enfermagem" emergiram as práticas de enfermagem relacionadas a: seleção do local de inserção do cateter e seu calibre, avaliação do local de inserção para sinais de inflamação, curativo do local de inserção, desinfecção de acessórios, higienização das mãos e participação do paciente nos cuidados. Houve situações de desvios dessas práticas em relação às evidências científicas.</p>

Artigo 13	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Escuela de Salud Pública. Nicaragua, 2016.	Pinto Portill KE.	Fatores relacionados à incidência de flebite por cateter intravenoso. Centro médico Cemesa, San Pedro Sula-Honduras. Maio - julho de 2015	Trata-se de um estudo transversal descritivo, onde foram analisados 48 prontuários contendo dados de pacientes que foram expostos à canalização intravenosa.	Foram encontrados 48 pacientes que atendiam à definição de doença, a taxa de incidência foi em julho e a menor em maio, o maior grupo foi de 60 anos com 4 casos (8,33%), de 41 a 50 anos com 3 casos (6,25%), de 21 a 40 anos apenas 1 caso (2,08%). É relevante que 100% apresentaram flebite devido à administração de concentrado de hemácias, Recurso humano que realiza o procedimento auxiliares de enfermagem 4 (8,33%) profissional enfermeiro 3 casos (6,25%) médicos anesthesiologistas 2(4.17%)
Artigo 14	Rev. RENE. Brasil, 2015.	Souza AEBR; Oliveira JLC; Dias DC; Nicola AL.	Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário	Investigação observacional, transversal/prospectiva, realizada em três unidades de internação. A coleta de dados aconteceu entre outubro de 2012 até agosto de 2013, utilizando-se um formulário para captar variáveis demográficas e clínicas pré-estabelecidas. Para análise, utilizou-se cálculo da prevalência pontual	Dos 221 acessos venosos analisados, houve 42 com presença de critérios clínicos para definição de flebites. Constatou-se prevalência de flebites em homens; com grau de evolução 2; punções venosas localizadas no dorso da mão; cateteres de calibre 22G; com tempo de permanência por três dias.

Elaboração: MESSIAS; TAVEIRA (2020).

Em relação ao ano de publicação, dos 14 artigos estudados, foi constatado que a maior quantidade foi publicada nos anos de 2016 (quatro artigos) e 2019 (quatro artigos) com um total de oito artigos (57%), seguido de três (21,4%) em 2018, dois (14,2%) em 2015, e um (7%) em 2017.

Os periódicos nos quais os artigos foram publicados, são: Revista Gaúcha de Enfermagem; Acta Paulista Enfermagem; Revista Esc. Enferm. USP; Revista Latino-Americana de Enfermagem; Journal Family Med. Prim. Care; Int. J. Environ Res. Saúde Pública; Revista Epidemiol. Controle Infecç.; Revista de Enfermagem UFPE; Revista Brasileira de Ciências da Saúde; Revista Cubana de Enfermaria; Texto Contexto – Enfermagem; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Escuela de Salud Pública; Revista RENE.

Quanto à região do país, a maioria dos estudos (dez) foi realizada no Brasil, sendo que dois em São Paulo, um em Porto Alegre e os demais não informam o Estado de origem. Além desses, um da Croácia, um da Índia, um da Nicarágua e outro sem identificação da região.

DISCUSSÃO

Incidência de flebite em adultos

A leitura dos estudos selecionados possibilitou a identificação de alguns fatores de risco de ocorrência de flebite durante e após a retirada do cateter intravenoso periférico CIP. Observou-se, portanto, o tipo de medicamento, o calibre da cânula e o tempo de punção e de infusão são os fatores de maior destaque nos estudos analisados. Antes, porém, de detalhar os fatores desencadeadores de flebite, convém apresentar os dados incidentes de flebite em adultos.

A flebite, no contexto dos estudos explorados para esta revisão, ocorre durante (CIP) e depois da infusão (pós infusional). A incidência de flebite durante o CIP variou, segundo os resultados dos estudos analisados, entre 1,24% e 7,15% e pós infusional entre 1,38% e 22,9%^{6,7}. O sexo masculino foi predominante na contração de flebite, enquanto a faixa etária variou entre 57 e 80 anos para ambos os sexos^{6,9,15,19}.

O sexo e a idade não foram foco dos estudos analisados, servindo apenas como dado demográfico de referência. Já o CIP é um procedimento invasivo comum a pacientes hospitalizados que exige conhecimentos anatômicos e fisiológicos do sistema vascular, bem como, manejo do cateter e acessórios pertinentes. A falta desses conhecimentos e habilidade pode incorrer em complicações, tal como a flebite⁶.

Considerando os requisitos acima, a flebite pode incidir tanto durante o procedimento de CIP quanto depois. Os estudos analisados para esta revisão não enfatizaram a relação entre o sexo e a idade para a incidência de flebite. Mas, houve menção a higiene dos profissionais e dos pacientes no manuseio dos cateteres e outros fatores genéricos, como também, alguns pontuais identificados nos estudos revisados.

Fatores desencadeadores de flebite em adultos

Os fatores identificados como desencadeadores de flebite nos estudos revisados foram: tipo de medicamentos, calibre da cânula, tempo de punção/infusão, local e algumas causas generalizadas.

Entre os medicamentos que mantêm relação com a incidência de flebite, de acordo com os resultados dos estudos analisados, encontram-se: Amoxicilina, vancomicina, benzilpenicilina, ceftriaxona, claritromicina e oxacilina, além de concentrado de hemácias^{6,9,11,14,19}. É notável a prevalência de antibióticos como fator flebítico durante o CIP, com exceção de ceftriaxona, claritromicina e oxacilina, que estão associados à flebite pós- infusão⁶.

O calibre da cânula foi considerado um fator importante para a incidência de flebite, segundo os estudos analisados para esta revisão. Dois dos estudos apenas mencionaram que o diâmetro da cânula seria relevante para a ocorrência de flebite^{11,12}. Entretanto, outros dois destacaram a cânula de calibre 20G como contribuinte para a flebite^{9,10}, e outro encontrou a cânula de calibre 22G como uma das causas²⁰. O reposicionamento do cateter sob a pele e subcutâneo configurou uma condição causadora de flebite porquanto há necessidade frequente de reposicionamento durante o manuseio para alcançar o leito venoso.

Outro estudo evidenciou que o diâmetro da cânula pode influenciar a incidência de flebite. Embora os enfermeiros de uma unidade de saúde da

Croácia reconhecessem alguns fatores redutores de flebite, ignoravam que o material e o diâmetro da cânula pudessem interferir nesse processo¹¹.

A punção e a infusão, se forem prolongados podem, também, contribuir para o surgimento de flebite. Embora a punção ocorra durante menos tempo do que a infusão, as flebites foram prevalentes em alguns pacientes com internação entre quatro e 15 dias submetidos a punções mais demoradas^{15, 16}. Já a flebite ocorreu em pacientes submetidos a infusão a partir de 48h¹⁷ até três dias²⁰. Um dos estudos apenas mencionou que o tempo de permanência de infusão é um fator responsável pela incidência de flebite¹⁸. Nesse contexto, além do tempo de punção e de permanência de infusão, outros fatores contribuem diretamente para a incidência de flebite, tal como o local de inserção do cateter.

O local de inserção da cânula foi destacado em três dos estudos revisados. A mão é uma área de frequência punção para terapia medicamentosa, contudo, o antebraço e a fossa cubital são opções para inserção. O dorso da mão foi avaliado como fator incidente de flebite²⁰ em 36,9% em um estudo na USP (Universidade de São Paulo)¹⁰. Numa unidade de internação de uma Universidade brasileira, o antebraço e a fossa cubital apresentaram 25,4% e 35,8% de incidência de flebite, respectivamente, sendo que o dorso da mão, nesse estudo, coincidiu em apenas 10,6% de incidência¹⁶. O dorso da mão foi, portanto, a maior referência de incidência de flebite nos membros superiores identificada nos estudos desta revisão.

Dois estudos entre os analisados listaram fatores importantes na prevenção à flebite. De acordo com esses estudos, a seleção do local de inserção do cateter e, também, o calibre do mesmo, somado a uma avaliação desse local para prevenção de inflamações, bem como o curativo do local, desinfecção de acessórios, higienização das mãos e a participação do paciente nos cuidados preventivos têm grande relevância na prevenção à flebite⁶. Além desses, a qualidade da veia, a duração da higiene e a experiência da enfermagem representam mais confiança na respectiva prevenção¹³.

Ficou claro que a flebite incide, na maioria das vezes, em decorrência do tipo de medicamento, do calibre da cânula e do tempo de infusão, mais do que os demais fatores identificados nesta revisão.

CONCLUSÃO

Concluindo esta revisão integrativa, entende-se que os fatores potencialmente capazes de incidir em flebite estão relacionados ao uso de alguns medicamentos antibióticos, do calibre do cateter e do tempo de punção e de infusão. Tais fatores tornam a flebite uma das principais intercorrências na terapia intravenosa periférica em adultos.

Além disso, o local de inserção, a higienização do local e das mãos dos profissionais enfermeiros e dos pacientes têm relativa importância na flebite como uma intercorrência no processo terapêutico de TIV. A identificação dos fatores de risco de flebite sugere que os profissionais enfermeiros adotem protocolos adequados no uso e retirada do CIP com intuito de dirimir a incidência de flebite durante e após os procedimentos.

Dada a importância do tema desta revisão integrativa, esta poderá servir como ponto de partida para estudantes de enfermagem buscarem aprofundamento temático sobre a flebite. Este estudo tem limitações e, por isso, abre-se oportunidade para novas pesquisas sobre a flebite numa proposta de

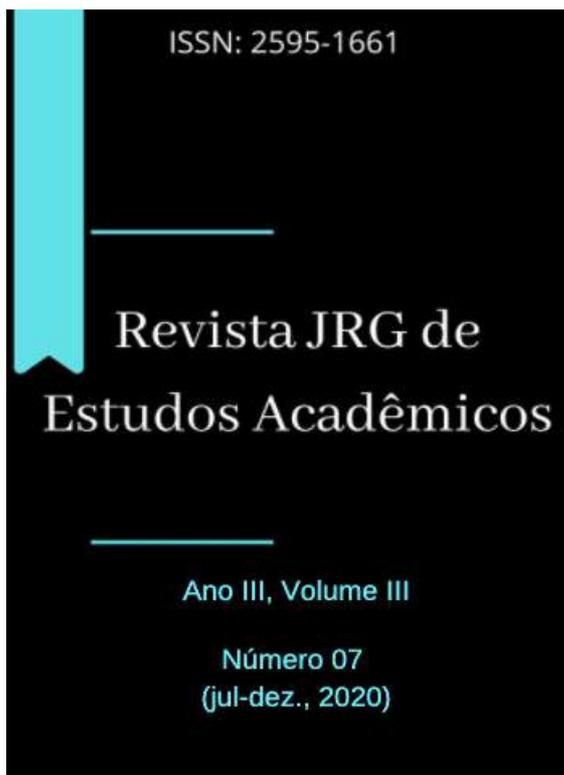
pesquisa experimental, por exemplo, que possibilita trabalhar com variáveis relacionadas à flebite durante e após infusão e na terapia intravenosa, agregando mais valor científico aos resultados.

REFERÊNCIAS

- 1- Barbosa AKC, Carvalho KRC, Moreira ICC. Ocorrência de flebite em acesso venoso. [Internet]. 2016 [acesso em 19 maio 2020]. *Enfermagem em foco*, 2016; 7(2). Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/792/317> .
- 2- Enes SMS, Perufo OS, Faro ARMC, Pedreira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital na Amazônia Ocidental Brasileira. [Internet]. 2016 [acesso em 19 maio 2020]. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2016; 50(2), 263-271. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&lng=pt&pid=S0080-62342016000200263.
- 3- Silva LFA, Pinto AAM. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem diante da flebite e flebite pós-infusional. [Internet]. 2019 [acesso em 27 maio 2020]. *Rev. Intelecto Produção Científica Fema*, dezembro 2019; 2. Disponível em <https://www.fema.edu.br/images/fema/pesquisa/Intelecto/FEMARevistaintelecto2019.pdf#page=61>.
- 4- Alves DA, Lucas TC, Martins DA, et al. Cateter intravenoso periférico: características físicas do sítio de inserção e conhecimento da equipe de enfermagem. [Internet]. 2019 [acesso em 27 maio 2020]. *Rev. de Enferm. do Centro-Oeste Mineiro*, 2019; 9: e3005. Disponível em <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3005/2081>
- 5- Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port* [internet]. 2019 [acesso em 2019 Set 22];32(3):227-235. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923/5635> doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- 6- Urbaneto JS, Peixoto CG, May TA. Incidência de flebite associada ao uso de cateter intravenoso periférico e após a remoção do cateter. [Internet]. 2016 [acesso em 23 maio 2020]. *Revista. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24(e2746). Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02746.pdf .
- 7- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [Internet]. 2010 [acesso em 24 maio 2020]. *Einstein*, 2010; 8(1Pt1), 102-106. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
- 8- Urbanetto JS, Muniz FOM, Silva RM, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR. Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados. *Rev.*

- Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado 2020 Out 20]; 38(2): e58793. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200403&lng=pt
- 9- Buzatto LL, Massa GP, Peterlini MAS, Whitaker IY. Fatores relacionados à flebite em idosos com infusão intravenosa de amiodarona. Acta paul. Enferm. [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Out 20]; 29(3): 260-266. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300260&lng=pt.
- 10-Enes SMS, Opitz SP, Faro ARMC, Pedreira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospitais na Amazônia Ocidental Brasileira. Rev. esc. Enferm. USP [Internet]. Abril de 2016 [citado em 20 de outubro de 2020]; 50 (2): 263-271. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200263&lng=en.
- 11-Milutinović D, Simin D, Zec D. Fator de risco para flebite: um estudo de questionário sobre a percepção de enfermeiras. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Agosto de 2015 [citado em 20 de outubro de 2020]; 23 (4): 677-684. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400677&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0192.2603>.
- 12-Mandal A, Raghu K. Estudo sobre a incidência de flebite após o uso de cateter intravenoso periférico. J Family Med Prim Care. Setembro 2019 30; 8 (9): 2827-2831. doi: 10.4103 / jfmpc.jfmpc_559_19. PMID: 31681650; PMCID: PMC6820419.
- 13-Lee S, Kim K, Kim JS. Um modelo de flebite associada a periferia Cateteres intravenosos em pacientes ortopédicos. Int J Environ Res Saúde Pública. 14 de setembro de 2019; 16 (18): 3412.
- 14-Pereira MSR, Cunha VVO, Borghardt AT, Lima EFA, Santos TFF, Portugal FB. A segurança do paciente no contexto das flebites notificadas em um hospital universitário infecç; 9(2): 109-115, 2019. Ilus. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021457>.
- 15-Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL, Machado BD, Sanches EB. Incidência de flebites em pacientes adultos. Rev. enferm. UFPE on line, 12(3): 745-752, mar. 2018. ilus, tab. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230454/28040>.
- 16-Alves JL, Mendes-Rodrigues C, Antunes AV. Prevalência de Flebite em uma Unidade de Internação Clínica de um Hospital Universitário Brasileiro de Alta Complexidade saúde; 22(3): 231-236, 2018. Tab. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916087/27078-93460-1-pb.pdf>.

- 17-Batista OMA, Moreira RF, Sousa AFL, Moura MEB, Andrade D, Madeira MZA. Complicações locais da terapia intravenosa periférica e fatores associados. Revista Cubana de Enfermería, Volumen 34, Número 3 (2018). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1246/374>.
- 18-Salgueiro-Oliveira AS, Basto ML, Braga LM, Arreguy-Sena C, Melo MN, Parreira PMSD. Práticas de enfermagem no cateter venoso periférico: flebite e segurança do paciente. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2019 [citado em 20 de outubro de 2020]; 28: e20180109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100346&lng=en. Epub 18 de julho de 2019.
- 19-Pinto Portill KE. Fatores relacionados à incidência de flebite por cateter intravenoso. Centro médico Cemesa, San Pedro Sula- Honduras. Maio - julho de 2015. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Escuela de Salud Pública. Nicaragua, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972386>.
- 20-Souza AEER; Oliveira JLC; Dias DC; Nicola AL. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. Rev. RENE ; 16(1): 114-122, jan.- fev. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758529>.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **06/10/2020**

Data de reformulação: **18/10/2020**

Data do aceite: **07/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4268349>

Publicado: **2020-11-11**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, DIÁLISE PERITONEAL

HEALTH EDUCATION, PERITONEAL DIALYSIS

*Luciana Cristina Lopes Soeiro¹
Lúcia de Medeiros Taveira²*

RESUMO

Objetivo: Identificar o papel do enfermeiro como educador do paciente em diálise peritoneal e aos seus cuidadores. **Metodologia:** Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, BVS e PubMed para a obtenção de uma revisão integrativa da literatura. **Resultados:** A partir da pergunta sobre quais são as atribuições do enfermeiro no processo de educação em saúde dos pacientes em diálise peritoneal e às demais pessoas envolvidas nesses cuidados, foi identificada uma resposta muito específica que focou nos métodos de ensino e treinamento aos pacientes, aos pacientes e família, ao cuidador e à família. A maioria dos treinamentos focou exclusivamente no paciente e visando a prevenção de peritonite, foco esse que foi mencionado em apenas três dos estudos pesquisados. De outro modo, a proposta de educação em diálise peritoneal ficou limitada ao uso do aparelho, dos acessórios, da higiene, etc. **Conclusão:** ficou claro que o papel do enfermeiro na educação do paciente em diálise peritoneal e aos seus cuidadores vai além da hipótese

¹ Acadêmico de Enfermagem. Universidade Paulista (UNIP), Brasil. E-mail: lulukasoeiro@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9750-8649>

² Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília Especialista em Saúde Coletiva e Licenciatura em Enfermagem. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9907-2183>. E-mail: lucia.taveira@docente.unip.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9907-2183>

desta revisão. Em outras palavras, o enfermeiro precisa ter domínio das técnicas dialíticas e habilidades para ensinar, além de uma conduta típica de quem cuida e educa porquanto o paciente é, em geral, leigo na temática de diálise e técnicas pertinentes.

Palavras chave: Diálise peritoneal. Enfermeiro. Educação em enfermagem. Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: Identify the role of nurses as educators of patients on peritoneal dialysis and their caregivers. Methodology: The following databases were used: Scielo, BVS and PubMed to obtain an integrative literature review. Results: From the question about what are the nurse's duties in the health education process of patients on peritoneal dialysis and the other people involved in this care, a very specific answer was identified that focused on teaching and training methods to patients, patients and family, caregiver and family. Most training focused exclusively on the patient and aimed at preventing peritonitis, a focus that was mentioned in only three of the researched studies. Otherwise, the proposal for education in peritoneal dialysis was limited to the use of the device, accessories, hygiene, etc. Conclusion: it was clear that the role of nurses in educating patients on peritoneal dialysis and their caregivers goes beyond the hypothesis of this review. In other words, the nurse needs to have mastery of dialysis techniques and teaching skills, in addition to a typical conduct of those who care and educate because the patient is, in general, layman on the topic of dialysis and relevant techniques.

Keywords: Peritoneal dialysis. Nurse. Nursing education. Caregivers.

INTRODUÇÃO

Quando os rins não funcionam a contento, indica-se a diálise artificial como recurso que substitui a função renal de filtrar o sangue; existem, portanto, duas técnicas de diálise, a saber: a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP)¹. A diálise peritoneal é um procedimento usado para remoção de líquidos em pacientes com doença renal crônica (DRC) em estágio avançado².

A diálise peritoneal ainda pode ser classificada em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Esta se dá por meio de uma máquina cicladora automática, realizada geralmente no noturno com apenas um processo diário que consta de organização, assepsia e, por fim, a execução da diálise; a DPAC, por sua vez, consiste num procedimento manual contínuo, na qual a solução de diálise permanece no abdome durante sete dias contínuos¹.

Alguns cuidados procedimentais na diálise peritoneal – pois pode ser realizada com ajuda de familiares e/ou cuidador – devem ser tomados, porquanto a rotina da família tende a ser alterada, exigindo, portanto, adaptação de todos os membros. Dificuldades no uso de técnicas corretas e falta de cuidados e/ou medo de cometer erros devido à novidade, podem incorrer em falhas técnicas, causando danos ao paciente³.

Visando à prevenção de falhas no procedimento da diálise peritoneal, a família é submetida a uma série de treinamentos com os enfermeiros. O enfermeiro supervisiona o procedimento e os técnicos da diálise, como,

também, dá instruções sobre a diálise pertinentes à manutenção da saúde e, por conseguinte, da qualidade de vida do paciente⁴.

Ademais, um paciente com DRC em estágio de diálise requer cuidados especiais por parte da equipe médica, dos enfermeiros e técnicos e da família. Nesse contexto, entra o enfermeiro com sua atribuição de educador do paciente e das pessoas envolvidas, direta e indiretamente, nos cuidados e procedimentos de diálise, como forma de prevenir falhas complexas que venham, oportunamente, causar danos à saúde do paciente⁴.

A diálise peritoneal exige procedimentos protocolares por parte de toda a equipe profissional, bem como das demais pessoas envolvidas. O paciente que apresente quadro favorável à diálise peritoneal usufrui de algumas liberdades de locomoção, podendo continuar seus trabalhos e os afazeres cotidianos. Mas, a relativa liberdade não o isenta dos cuidados rigorosos por sua parte – o quanto lhe for possível – e de seus cuidadores e enfermeiros. Assim, as atribuições do enfermeiro consistem na orientação ao paciente e aos seus cuidadores sobre uso de fármacos, higiene e cuidados gerais próprios do processo dialítico, especialmente no manejo dos equipamentos para o processo da diálise peritoneal.

Portanto este trabalho tem como objetivo identificar o papel do enfermeiro como educador do paciente em diálise peritoneal e aos seus cuidadores como também descrever a atribuições do enfermeiro na educação em saúde aos pacientes e cuidadores.

MÉTODOS

A revisão integrativa realizada neste artigo visou efetuar uma análise do tema de interesse para a área de enfermagem o que possibilita estabelecer conclusões gerais ao seu respeito e apontar algumas lacunas que podem ser preenchidas com a realização de novos estudos sobre a temática.

A primeira fase constituiu-se a pergunta norteadora de pesquisa. Para a construção da questão norteadora deste trabalho, utilizou-se da estratégia PICO: P – população e problema; I – intervenção; C – comparação e O – *outcome* (termo em inglês que significa desfecho).⁵ Assim, considerou-se P: diálise peritoneal; I: atribuições do enfermeiro na educação em saúde aos pacientes e cuidadores; C: qualquer comparação relacionada aos fatores relacionados a educação em saúde aos pacientes e cuidadores; O: bem-estar do paciente. Dessa forma a pergunta estruturada foi: Quais são as atribuições do enfermeiro no processo de educação em saúde dos pacientes em diálise peritoneal e às demais pessoas envolvidas nesses cuidados?

Utilizou-se para a segunda fase, uma estratégia de busca utilizando os descritores: *nurse*, *health education* e *peritoneal dialysis*, nas bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Refinou-se, contemplando a terceira fase da pesquisa com a aplicação dos critérios de inclusão previamente estabelecidos na estratégia de busca: artigos publicados de forma online no período de 2008 a 2019; disponíveis em língua portuguesa e na íntegra; estudos no formato de artigos originais oriundos de produções científicas diversificadas.

Leram-se criticamente, na quarta fase, os resumos dos estudos recuperados, excluindo os duplicados e aqueles cujo objetivo, resultados ou

conclusão não discorriam sobre educação em saúde aos pacientes em diálise peritoneal.

Apresenta-se, na figura 1, o fluxograma descritor dos resultados obtidos a partir da estratégia de busca de acordo com o fluxograma PRISMA.⁷

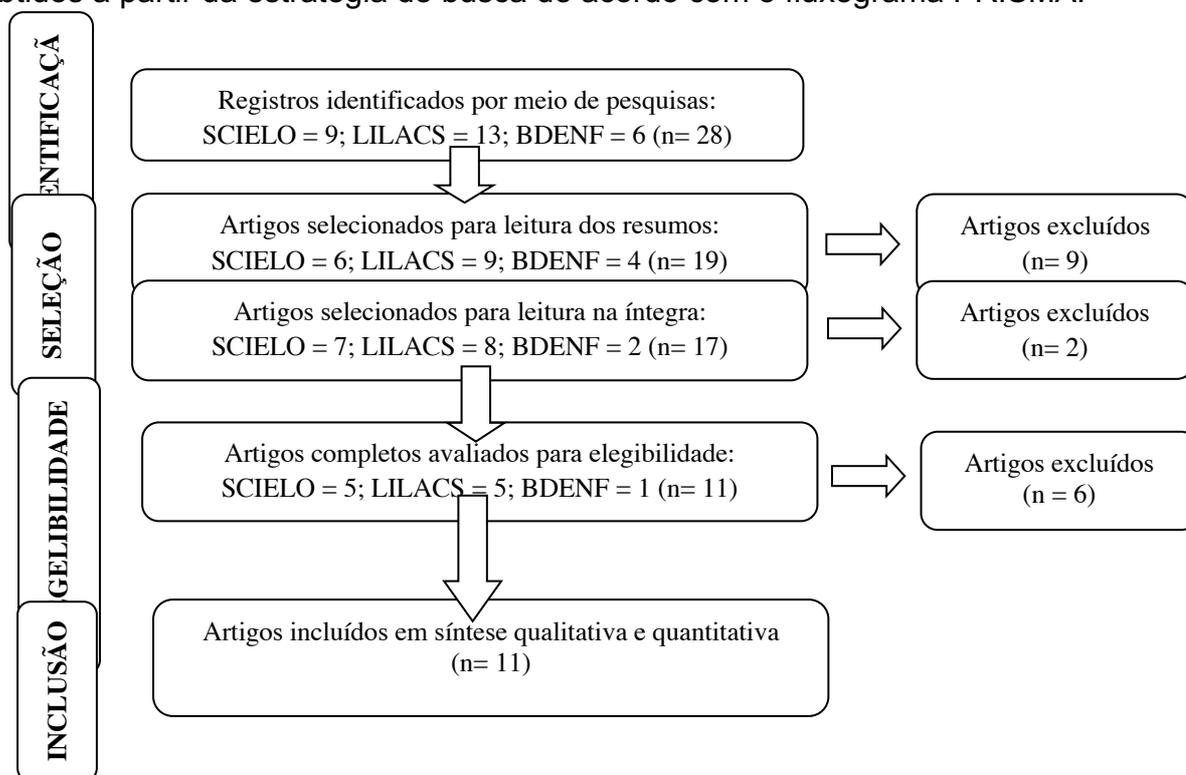


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos. Brasília (DF), Brasil, 2020.

Resultou-se a busca na literatura um total de 28 artigos capturados e, desses, 9 estavam no SCIELO, 13 na LILACS e 6 artigos na BDEF. Reduziu-se, a partir da aplicação dos filtros de inclusão, o número de ocorrência: no SCIELO, recuperaram-se 6 (21,4%) estudos; na LILACS, 9 (32,1%); e na BDEF, 4 (14,2%) estudos. Totalizaram-se 19 artigos submetidos à leitura dos resumos e à aplicação dos critérios de exclusão, gerando-se a rejeição de 2 artigos. Após a leitura completa dos artigos foram rejeitados ainda 6 artigos por não responderem à questão de pesquisa. Constituiu-se assim a amostra revisada de 11 artigos.

RESULTADOS

Descrição geral dos artigos selecionados

Elaborou-se, para facilitar a avaliação e a análise dos dados, um instrumento que pudesse fornecer informações detalhadas dos estudos (Quadro 1). Extraíram-se variáveis de identificação tais como: autores do estudo, título, objetivos, desenho do estudo e resultado encontrado. Pretendeu-se com o instrumento, além de formar um banco de dados, mapear pontos pertinentes, integrar dados e caracterizar a amostra revisada.

Quadro 1. Distribuição dos artigos de acordo com o periódico, país, ano de publicação, autor (es), título, delineamento, resultados. Brasília (DF), Brasil, 2020.

Periódico, País, Ano de publicação	Autor (es)	Título	Delineamento	Resultados
Perit Dial Int. Estados Unidos, 2016	Figueiredo AE, Judith B, Elaine B, Miki H, Valerie P, Chunyan S. et al.	Um programa de ensino de diálise peritoneal para pacientes e cuidadores	Este programa foi desenvolvido para ajudar as enfermeiras de DP a treinar pacientes e cuidadores com base em um consenso de revisões de programas de treinamento, utilizando teorias e princípios atuais da educação de adultos. Ele é projetado como um programa de 5 dias de cerca de 3 horas por dia.	Após a conclusão do nosso programa de treinamento de DP proposto, o enfermeiro terá prestado educação a um paciente e/ou cuidador de modo que o paciente/cuidador tenha os conhecimentos, habilidades e habilidades necessárias para realizar a DP em casa com segurança e eficácia.
AJKD, Estados Unidos da América, 2020.	L Chan CT, Collins K, Ditschman EP, Koester-Wiedemann, Saffer TL, Wallace E et al.	Superando barreiras para aceitação e uso contínuo de diálise em casa: um relatório da conferência NKF-KDOQI	A implementação de um modelo hub and spoke, combinando programas de diálise domiciliar menores e / ou mais novos com programas maiores e mais sofisticados que oferecem educação e orientação, pode ajudar os programas de diálise a crescer e prosperar.	Resta muito trabalho para desenvolver, testar e refinar essas propostas para priorizar o uso de modalidades de diálise domiciliar. Atualmente, o grupo de trabalho está desenvolvendo um roteiro de iniciativas que contemplam os conceitos discutidos neste relatório, bem como um cronograma de implantação desses projetos. O grupo de trabalho espera que esta abordagem multifacetada facilite um aumento tanto na captação quanto na retenção das modalidades de diálise em casa por pacientes com insuficiência renal.
Perit Dial Int Inglaterra, 2019.	JSF, Cho Y, Equinox K-L, Figueiredo A, Frasca S, Hawley C et al.	Um projeto de intervenção: apoio ao desenvolvimento de habilidades para treinadores de diálise peritoneal	Uma pesquisa bibliográfica e auditoria clínica foram realizadas para identificar os padrões de prática atuais e as melhores práticas. Os resultados foram revisados por um grupo de profissionais formado por enfermeiras de DP, nefrologistas, consumidores, um especialista em educação médica e um especialista em eLearning. A partir disso, um currículo de treinamento e módulos foram desenvolvidos.	Foi desenvolvido um currículo abrangente de treinamento em DP, que inclui módulos para o treinamento de enfermeiras em DP (treinadores) e manuais de treinamento de pacientes. O pacote é composto por 2 módulos introdutórios e 2 módulos de caso clínico. O currículo é projetado para mídia digital interativa (treinadores) e ensino tradicional baseado em papel com demonstrações práticas (pacientes). A avaliação também é abordada.
Universidade Federal Fluminense. Brasil, 2017.	Santos GS.	Cartilha educativa acerca dos cuidados com o cateter de diálise peritoneal: um estudo descritivo.	Estudo de abordagem qualitativa, prospectivo, do tipo descritivo realizado com 20 pacientes portadores de Doença Renal Crônica, por meio de entrevista semiestruturada, cujo cenário foi uma clínica de tratamento de doenças renais no município de Araruama.	O produto da pesquisa consta de uma cartilha educativa acerca dos cuidados com o cateter de diálise peritoneal, com orientações de enfermagem à pacientes em uso do cateter, sob a ótica desses usuários, e tem como resultado esperado minimizar e prevenir complicações, trazendo benefícios para pacientes e cuidadores.
BMC Nefrologia.França, 2020	Bonnal H, Bechade C, Boyer A, Lobbedez T, Guillouët S, Verger C, Ficheux M et al.	Efeitos das práticas educacionais sobre o risco de peritonite em diálise peritoneal: um estudo de coorte retrospectivo com dados do	Este foi um estudo multicêntrico retrospectivo baseado em dados de um registro francês. Todos os adultos incidentes assistidos por familiares ou autônomos para intercâmbios de DP na França entre 2012 e 2015 foram incluídos. O evento de interesse foi a ocorrência de peritonite. Modelos de	As várias modalidades de educação em DP foram associadas a diferenças no risco de peritonite. Estudos prospectivos randomizados são necessários para confirmar o efeito causal. Os cuidadores devem avaliar o estilo de aprendizagem preferido do paciente e seu nível de alfabetização e

		registro francês de diálise peritoneal (RDPLF).	regressão de Cox e hurdle foram usados para análise estatística para avaliar a sobrevida livre de peritonite e o risco de peritonite inicial e subsequente.	ajustar o método de aprendizagem DP para cada indivíduo.
BMJ Open, Nova Zelândia, 2015	McDonald J, McKinlay E, Keeling S, Levack W	Como os cuidadores familiares se envolvem com os procedimentos técnicos de saúde em casa: um estudo de teoria fundamentada	Entrevistas semiestruturadas foram codificadas logo após a conclusão e a análise preliminar influenciou as entrevistas subsequentes. Dados adicionais foram comparados com o material existente e à medida que a análise prosseguia, os códigos iniciais foram agrupados em conceitos de ordem superior até que um conceito central fosse descrito. As entrevistas continuaram até que não surgissem novas ideias e os conceitos fossem bem definidos	O conceito de abraçar o cuidado incentiva os profissionais de saúde a estender sua atenção além de simplesmente os aspectos práticos dos procedimentos técnicos para avaliar e abordar as respostas emocionais e comportamentais dos cuidadores à tecnologia de saúde durante o processo de treinamento.
Int Seattle, 2014	Wong LP, Yamamoto KT, Reddy V, Cobb D, Chamberlin A, Pham H. et al.	Educação e cuidados do paciente para a colocação de cateter de diálise peritoneal: um estudo de melhoria de qualidade.	Um estudo observacional prospectivo envolvendo 46 novos pacientes em um centro regional de DP nos Estados Unidos foi realizado em colaboração com um programa de bolsa de estudos em nefrologia. Os pacientes preencheram um questionário derivado das diretrizes de cateter da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal (ISPD) e foram seguidos para complicações precoces.	Houve vários desvios das diretrizes do ISPD para a colocação de PDC na comunidade. A satisfação do paciente com a educação foi abaixo do ideal e as complicações foram frequentes. Melhorar a educação do paciente e a coordenação de cuidados para a colocação de PDC foram identificados como necessidades específicas de melhoria de qualidade.
PLoS One. 2008, (S/I).	Hsu C-K, Lee C-C, Chen Y-T, Ting M-K, Sun C-Y, Chen C-Y et al.	Educação multidisciplinar pré-diálise reduz a incidência de peritonite e subsequente morte em pacientes em diálise peritoneal: estudo de coorte de 5 anos.	Todos os pacientes que iniciaram DP em um único hospital em 2007-16 foram incluídos. As incidências de peritonite e mortalidade relacionada à peritonite foram comparadas entre receptores e não receptores de MPE.	De 398 pacientes com DP, 169 pacientes receberam MPE antes de iniciar a DP. Os pacientes do grupo MPE tiveram uma menor taxa de peritonite [mediana (IQR) 0 (0,29) versus 0,11 (0,69) episódios / pessoa-ano, P <0,001] e uma menor porcentagem de mortes relacionadas à peritonite (3,6% versus 8,7%, P = 0,04) em comparação com o grupo não MPE.
Int. .2015	Hurst H, Figueiredo	As necessidades de pacientes mais velhos para diálise peritoneal: treinamento e suporte em casa	O foco é revisão das demandas para treinar e manter pacientes idosos em diálise peritoneal (DP) no domicílio.	A DP para idosos não deve ser uma contraindicação. Com apoio total e assistência adicional, eles podem manter uma boa qualidade de vida e devem ter igual acesso às opções de diferentes terapias; A avaliação regular dos pacientes idosos é essencial e faz parte dos cuidados de rotina; A avaliação da cognição, fragilidade e depressão deve ser realizada pela equipe; Comunicar-se regularmente com o paciente sobre suas preferências e expectativas, usando planos de cuidados antecipados, conforme necessário; Desenvolver pesquisas e

				evidências baseadas em sistemas de apoio / programas de reabilitação necessários para manter pacientes idosos em casa; O apoio aos cuidadores / familiares deve ser parte integrante do manejo de pacientes idosos.
Saudi J Kidney Dis Transpl. Arábia a Saudita, 2016.	Alhameedi RS, Collier J.	Como as famílias são ensinadas a cuidar dos filhos em diálise peritoneal?	Este estudo foi realizado para examinar os programas de ensino de DP para pais de crianças com doença renal em estágio terminal (ESRD) e para explorar as questões relacionadas à educação dos pais de crianças com ESRD	Este estudo forneceu uma visão geral inicial dos programas de treinamento em DP pediátrico na Arábia Saudita e forneceu dados valiosos a esse respeito e variou de zero a três episódios por paciente-ano (mediana de 1,17 episódios por paciente-ano). Houve uma associação significativa entre as visitas domiciliares e as taxas de peritonite (P <0,01).
Revista Brasileira de Enfermagem. Brasil, 2016.	Tavares JMAB, Lisboa MTL, Ferreira MA, Valadares GV & Silva FVC.	Diálise peritoneal: cuidado familiar ao paciente renal crônico em tratamento domiciliar.	Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que utilizou o método de Pesquisa Convergente Assistencial. Foi realizado em um hospital estadual do Rio de Janeiro, incluindo técnicas de gravação de entrevistas individuais e foi composto por um grupo de 19 participantes do estudo. Os dados foram analisados de acordo com as etapas propostas pelo método, gerando uma categoria que utilizou uma questão cultural como base para o cuidado ao paciente resultando em uma proposta de cuidado familiar domiciliar.	O modelo de atenção ao paciente proposto inclui o diálogo e a reflexão no compartilhamento do conhecimento dos sistemas "profissionais" e "populares", visando à melhoria da qualidade de vida do paciente.

Elaboração: Soeiro; Taveira (2020).

Em relação ao ano de publicação, dos onze artigos estudados, foi constatado que a maior quantidade foi publicada no ano de 2016 com um total de 3 artigos (27%), seguido de 2 (18%) artigos publicados em 2020, 2 (18%) em 2015, 1 publicado em 2019 (9%), 1 em 2017 (9%), 1 em 2014 (9%) e 1 em 2008 (9%).

Quanto aos periódicos dos artigos estudados, quatro são dos Estados Unidos da América, e são respectivamente: Revista Perit Dial Int. (um artigo), Estados Unidos, 2016 (um artigo); AJKD, Estados Unidos, 2020 (um artigo); e, Int. Seattle (dois artigos: 2014 e 2015). Dois estudos foram publicados no Brasil, a saber: um da Revista Brasileira de Enfermagem (2016) e outro da Universidade Federal Fluminense (2017). Os demais estudos foram publicados, conforme segue, pelos seguintes periódicos, nas seguintes regiões e anos respectivos: Perit Dial Int, da Inglaterra (2019); BMC Nefrologia, da França (2020); BMJ Open, da Nova Zelândia (2015); PloS One, local não identificado no estudo (2008); e Saudi J. Kidney Dis Transpl., da Arábia Saudita (2016).

O alvo deste estudo é identificar o papel do enfermeiro como educador do paciente em diálise peritoneal e aos seus cuidadores. Para tanto, buscou-se responder à seguinte pergunta: Quais são as atribuições do enfermeiro no

processo de educação em saúde dos pacientes em diálise peritoneal e às demais pessoas envolvidas nesses cuidados?

A resposta tomou um rumo muito específico, focando nos métodos de ensino e treinamento destinados aos pacientes (sete artigos), aos pacientes e família (dois artigos), ao cuidador (um) e à família (um).

A maioria dos treinamentos foi destinada ao paciente exclusivamente, dentre os quais, um artigo delimitou a pesquisa e ensino de uso da diálise peritoneal a idosos. E apenas um foi destinado a criança 14 – cujo alvo de treinamento eram os pais da criança dialítica. Embora os treinamentos visassem a prevenção de complicações tal como a peritonite, apenas três sinalizaram tal foco 9, 12, 14. Em outras palavras, ficou claro apenas que ensinariam o uso do aparelho, acessórios, a higiene etc.

DISCUSSÃO

Os métodos de educação ao paciente em Diálise Peritoneal

Os métodos de educação em saúde encontrados nos artigos revisados foram diversos: mídia interativa para os treinadores e material impresso para os pacientes ⁶; cartilha para o paciente ⁷; uma variedade adaptável ao grau de dificuldade de aprendizagem do paciente ⁸; outro, com base na afetividade entre cuidador e paciente ¹¹; uma avaliação do ensino e do aproveitamento do paciente, focando a qualidade do ensino ²¹; educação interdisciplinar ¹³; debate e troca de experiências entre profissionais e leigos (pacientes e cuidadores) ¹⁶. Os demais não explicitaram o método, admitindo a importância da educação em forma de treinamento, projetos, esclarecimentos e boa relação interpessoal ^{6, 7, 14, 15}.

Os métodos de ensino aplicados pelos enfermeiros educadores em diálise foram, de modo geral, práticos. Não obstante a praticidade presente no processo, dois ofereceram material didático: material midiático associado a impresso ⁸ e cartilha ⁹. A vantagem dessa metodologia é que o material serve para consultas constantes em caso de dúvidas e esquecimentos. Tal preocupação ficou clara para um dos pesquisadores ⁹, que realçou a vulnerabilidade de pacientes idosos cuja capacidade cognitiva poderia dificultar a compreensão e, por conseguinte, o exercício do procedimento.

Nesse contexto, alguns autores ^{11; 16} chamam a atenção para a relação afetiva (abraços, o toque, a troca de experiências, o diálogo) e usa importância no processo terapêutico do paciente em diálise peritoneal. Para tal conduta, foram destacados a faixa etária associada à capacidade cognitiva dos idosos e crianças no processo de aprendizagem de manuseio dos equipamentos e acessórios.

Essa preocupação esteve presente em outros estudos desta revisão como a adequação metodológica – proposta na revista BMC Nefrologia ¹⁰ – cuja proposta era ajustar o método ao modo mais favorável de aprendizagem do paciente. Ou, a educação multidisciplinar ¹³, que busca informar e ensinar o paciente sobre todas as técnicas de diálise e sua aplicabilidade, bem como, possíveis complicações decorrentes de mau uso de técnicas e acessórios.

O papel do enfermeiro

A metodologia aplicada aos procedimentos dialíticos é importante para a manutenção terapêutica do paciente. Mas, a conduta do enfermeiro tem significado no processo ensino/aprendizagem. Se o enfermeiro é o educador, precisa dominar o conhecimento em humanização do cuidar, pois, enquanto ensina, concomitantemente, cuida.

Nessa perspectiva, um dos estudos desta revisão aborda a avaliação do ensino e da aprendizagem sobre a diálise e o uso adequado dos equipamentos e pertinências. Alegando que o uso do cateter de diálise peritoneal constitui um obstáculo relevante para a realização da diálise, os autores enfatizaram a necessidade de avaliar o ensino das técnicas e assim o fizeram¹². O resultado mostrou insatisfação dos pacientes numa porcentagem variável entre 30% e 68% considerando desde a falta de indicação do ponto de inserção do cateter até o desenvolvimento de infecção no local da incisão, de modo que 40% alegaram ter recebido uma educação inadequada, entre outras queixas¹².

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel importante na educação do paciente em diálise. A relação humanizada entre o profissional de enfermagem e o paciente contribui para a qualidade do tratamento e, por conseguinte, previne complicações decorrentes do uso inadequado da diálise peritoneal.

CONCLUSÃO

As atribuições do enfermeiro na educação do paciente em diálise peritoneal e aos seus cuidadores, com base nesta revisão, podem ser resumidas em: dominar as técnicas de diálise peritoneal e ter habilidade para ensinar com uma postura humanizada. Isso porque o paciente, de modo geral, é leigo e ignora tanto os procedimentos quanto a terminologia do segmento.

Pode-se dizer que, para que o paciente se sinta bem assistido no processo educativo, o enfermeiro precisa demonstrar conhecimento, domínio das técnicas e, acima de tudo, gosto pela educação em saúde. Esses requisitos decerto contribuem para que o paciente desenvolva a autonomia desejada no autoatendimento em diálise peritoneal.

Esta revisão é relevante para enfermeiros formados e em formação que se interessam pela nefrologia. Também, à população envolvida direta ou indiretamente com estes segmentos da enfermagem – a nefrologia e a educação em saúde.

Sugere-se que, em momento futuro, haja investimento em pesquisas mais consistentes sobre a diálise peritoneal e, mais precisamente, sobre a educação em diálise para pacientes, familiares e cuidadores.

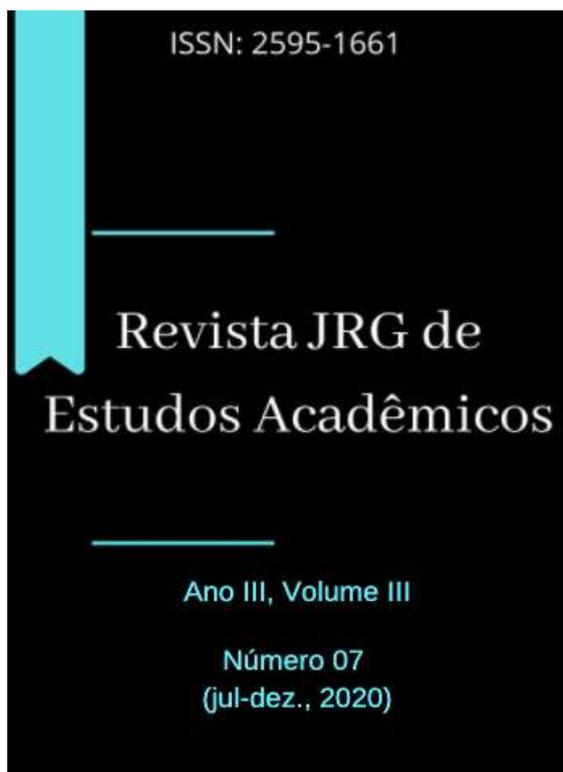
REFERÊNCIAS

- 1- Abrahão SS, Ricas J, Andrade DF, Pompeu FC, Chamahum L, Araújo TM et al. Estudo descritivo sobre prática da diálise peritoneal em domicílio. J Bras Nefrol, 2010; 32(1), 45-50.
- 2- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diálise peritoneal. [Publicação online]; 2020 [acesso em 22 maio 2020]. Disponível em <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/dialise-peritoneal/>

- 3- Negreiros DM, Furtado AM, Gonçalves CB, Ribeiro IAP, Lima e Silva LL, Ferreira AA et al. O cuidado da família à pessoa renal crônica em diálise peritoneal. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2019; 90-28.
- 4- Hechanova, LA. Diálise. [Publicação online]; 2017 [acesso em 22 maio 2020]. MSD. Disponível em <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/di%C3%A1lise/di%C3%A1lise>
- 5- Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port [internet]*. 2019 [acesso em 2019 Set 22];32(3):227-235. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923/5635> doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- 6- Figueiredo AE, Judith B, Elaine B, Miki H, Valerie P, Chunyan S. et al. *Perit Dial Int*. 2016 11-12;36(6):592-605. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5174866/>.
- 7- Chan CT, Collins K, Ditschman EP, Koester-Wiedemann, TL, Wallace E et al. Superando barreiras para aceitação e uso contínuo de diálise em casa: um relatório da conferência NKF-KDOQI. *AJKD*, v. 75, n. 6, jun. 2020. Disponível em: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(19\)31165-5/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(19)31165-5/fulltext).
- 8- Chow JSF, Cho Y, Equinox KL, Figueiredo A, Frasca S, Hawley C et al. Um Desenho de Intervenção: Apoio ao Desenvolvimento de Habilidades para Treinadores de Diálise Peritoneal. *Perit Dial Int* ; 39 (2): 134-141, 2019. Disponível em: <http://www.pdiconnect.com/content/39/2/134>.
- 9- Santos GS. Cartilha educativa acerca dos cuidados com o cateter de diálise peritoneal: um estudo descritivo. Universidade Federal Fluminense, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6082/1/Geisiane%20de%20Souza%20Santos.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.
- 10- Bonnal H, Bechade C, Boyer A, Lobbedez T, Guillouët S, Verger C, Ficheux M et al. Efeitos das práticas educacionais sobre o risco de peritonite em diálise peritoneal: um estudo de coorte retrospectivo com dados do registro francês de diálise peritoneal (RDPLF). *BMC Nefrologia* volume 21 , Artigo número: 205 (2020). Disponível em: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-020-01867-w#Sec9>.
- 11- McDonald J, McKinlay E, Keeling S, Levack W. Como os cuidadores familiares se envolvem com os procedimentos técnicos de saúde em casa: um estudo de teoria fundamentada. *BMJ Open*, 5(7), 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007761>.
- 12- Wong LP, Yamamoto KT, Reddy V, Cobb D, Chamberlim A, Pham H. et al. Educação e cuidados do paciente para a colocação de cateter de diálise peritoneal: um estudo de melhoria de qualidade. *Perit Dial Int* . 2014 janeiro-

fevereiro; 34 (1): 12–23. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923688/>

- 13-Hsu CK, Lee C-C, Chen YT, Ting MK, Sun CY, Chen CY et al. Educação multidisciplinar pré-diálise reduz a incidência de peritonite e subsequente morte em pacientes em diálise peritoneal: estudo de coorte de 5 anos. PLoS One, 23 de agosto de 2018; 13 (8): e0202781. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30138478/>.
- 14-Hurst H, Figueiredo. As necessidades de pacientes mais velhos para diálise peritoneal: treinamento e suporte em casa. Perit Dial Int . Novembro de 2015; 35 (6): 625–629. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689463/>
- 15-Alhameedi RS, Collier J. Como as famílias são ensinadas a cuidar dos filhos em diálise peritoneal? Saudi J Kidney Dis Transpl. Janeiro de 2016; 27 (1): 29-36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689463/>.
- 16-Tavares JMAB, Lisboa MTL, Ferreira MA, Valadares GV & Silva FVC. (2016). Diálise peritoneal: cuidado familiar ao paciente renal crônico em tratamento domiciliar. Revista Brasileira de Enfermagem, 69 (6), 1172-1178. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0262>.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **03/10/2020**

Data de reformulação: **19/10/2020**

Data do aceite: **08/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4268845>

Publicado: **2020-11-11**

ESTRATÉGIAS AO CASAL EM SITUAÇÃO DE SORODISCORDÂNCIA PARA O HIV: UMA REVISÃO DA LITERATURA

STRATEGIES TO COUPLE IN SITUATION OF SORODISCORDANCE FOR HIV: A LITERATURE REVIEW

*Jennifer Ashley Alves de Oliveira¹
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo²
Anderson Henrique Teodoro Alves³*

Resumo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mais comumente como Aids, é o estágio mais avançado da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Os casais denominados em situação de sorodiscordância são parceiros que possuem sorologias distintas para o HIV, sendo apenas um soropositivo. Os casais expressam a vontade da gestação, mas muitos não procuram o serviço de saúde, pois se sentem envergonhados ou com medo. O objetivo deste trabalho é compreender, através da revisão da literatura recente, um pouco mais sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as implicações na possibilidade de casais sorodiscordantes terem filhos, fazendo uso de terapia adequada. Foram pesquisados artigos científicos em bases de dados e bibliotecas virtuais, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em sua totalidade, foram selecionados 16 artigos para avaliação na íntegra, sendo 9 na Scielo, 4 na LILACS e 3 na BDEFN. A falta de conhecimento dos portadores do vírus HIV provocam diversas dúvidas, seja individual ou até mesmo quando estão em relacionamentos, com isso, a assistência de saúde possui um papel fundamental na hora da descoberta e os profissionais de saúde devem atuar como

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde Universidade de Brasília, UnB, Brasil.

³ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

facilitadores do cuidado, agindo de forma acolhedora e integral com cada indivíduo, identificando os fatores relacionados que levam a não adesão medicamentosa com o intuito de traçar novas estratégias de saúde.

Palavras-chave: HIV. Qualidade de vida. Saúde sexual. Profilaxia pré-exposição.

Abstract

Acquired Immunodeficiency Syndrome, more commonly known as AIDS, is the most advanced stage of infection with the acquired immunodeficiency virus (HIV). Couples called serodiscordance are partners who have different HIV serologies, only one being seropositive. Couples express the desire for pregnancy, but many do not seek health care, as they feel ashamed or afraid. The objective of this work is to understand, through the review of recent literature, a little more about the human immunodeficiency virus (HIV) and the implications for the possibility of serodiscordant couples having children, using appropriate therapy. Scientific articles were searched in databases and virtual libraries, and after applying the inclusion and exclusion criteria in their entirety, 16 articles were selected for full evaluation, 9 in Scielo, 4 in LILACS and 3 in BDNF. The lack of knowledge of HIV carriers causes several doubts, whether individual or even when they are in relationships, with this, health care has a fundamental role at the time of discovery and health professionals must act as care facilitators, acting in a welcoming and integral way with each individual, identifying the related factors that lead to non-adherence to medication in order to outline new health strategies.

Keywords: HIV. Quality of Life. Sexual Health. Pre-Exposure Prophylaxis

Introdução

Frequentemente o nosso corpo combate ataques de bactérias e vírus, e através do sistema imunológico, que é composto por diversas células com diferentes funções e tipos, garantem a proteção do nosso organismo e mantém o nosso corpo funcionando livre de possíveis doenças.¹ O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um vírus dessemelhante quando comparado a outros, pois quando contraído, não há cura, entretanto, existe o tratamento que impede o organismo de chegar a um estágio avançado do vírus, desenvolvendo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mais comumente como Aids.²

A transmissão do vírus pode ocorrer por várias vias, sendo que as principais vias são a sanguínea, a sexual e a vertical. Dando uma ênfase significativa na prática de relação sexual desprotegida, reutilização de seringas e agulhas não esterilizadas, vulnerabilidade social ou até mesmo de baixa renda onde não há corretamente o acesso aos cuidados de saúde.³ No Brasil, no ano de 2019 foram registrados 15.903 casos de infecção pelo HIV, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).⁴

No ano de 1990 foi introduzido a Terapia Antirretroviral de Alta Potência (TARV), que passou por alterações ao longo dos anos e demonstrou eficácia, inicialmente, na sobrevivência dos pacientes, na transmissão materno-infantil, na prevenção da infecção após acidentes com perfurocortantes e na Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Recentemente, a profilaxia que tem tido maior eficácia na prevenção da infecção pelo HIV nas pessoas que não estão infectadas, mas encontram-se em situações de risco, é a denominada Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).⁵

O surgimento de uma doença no ambiente familiar gera sentimentos de medo, tensão e incerteza, além de representações individuais como afastamento de amigos e familiares gerando o isolamento e ocasionando baixa autoestima, relacionamentos conflituosos, exclusão social e sentimento de culpa devido a uma patologia com diagnóstico autoimune, além do preconceito social.^{6,7} Os casais denominados em situação de sorodiscordância são parceiros que possuem sorologias distintas para o HIV, sendo apenas um soropositivo. Quando se deparam a essa situação, são diversos os desafios e dúvidas a serem esclarecidas. Os casais expressam a vontade da gestação, mas muitos não procuram o serviço de saúde, pois se sentem envergonhados ou com medo.⁷

Considerando os diversos fatores envolvidos na vontade e desejo de ter um filho entre um casal sorodiscordante, destaca-se a importância das práticas de cuidado da enfermagem, onde o profissional oferta um atendimento interdisciplinar e intersetorial, buscando além do tratamento patológico, um fortalecimento e abordagem integrada na assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids, podendo realizar planos de intervenção conjunta, envolvendo todos os profissionais, equipes e gestores na tentativa de acolher positivamente as necessidades que esses usuários apresentam.^{7, 8}

O objetivo deste trabalho é compreender, através da revisão da literatura recente, um pouco mais sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as implicações na possibilidade de casais sorodiscordantes terem filhos, fazendo o uso da PrEP e da PEP, com destaque a primeira.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde se tem a possibilidade de somar aos estudos que abrangem o assunto objetivado. Primeiramente, houve a definição do tema partida da necessidade observada de aprimoramento dos profissionais de enfermagem em relação ao conhecimento de estratégias aos casais sorodiscordantes. Seguindo esse princípio, foi traçado uma estratégia de busca, no período de abril a setembro de 2020, com os descritores contidos nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS), seguido do operador booleano "AND": *HIV and QUALIDADE DE VIDA and SAÚDE SEXUAL and PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)*. A pesquisa foi realizada na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de dados Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e na Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

A pesquisa contou como critérios de inclusão na estratégia de busca: artigos publicados de forma online entre 2015 e 2019; disponíveis em língua portuguesa e na íntegra; artigos gratuitos e pagos. Usou-se como critérios de exclusão: artigos publicados em língua estrangeira; artigos publicados anteriores ao ano 2014; artigos de referencial teórico; assim como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuíssem com o objetivo desta pesquisa.

Foram encontrados 492 artigos na biblioteca virtual SCIELO, 61 na base de dados LILACS e 7 na base de dados de enfermagem BDENF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em sua totalidade, foram selecionados 16 artigos para avaliação na íntegra, sendo 9 na SCIELO, 4 na LILACS e 3 na BDENF, pois atendiam os critérios de avaliação, discussão, estruturação, objetivo e conclusão.

Resultados e discussão

Na Figura 1 estão dispostas as informações a respeito dos 16 artigos contidos nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Figura 1. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação. Brasília, 2020.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes	Ronaldo Campos Hallal, Juan Carlos Raxach, Nêmora Tregnago Barcellos, Ivia Maksud.	Revisar a utilização de antirretrovirais combinados com outras estratégias na prevenção entre casais sorodiscordantes e analisar seu emprego no Brasil.	A revisão foi realizada na base de dados MEDLINE e nas bases incluídas na Biblioteca Virtual em Saúde.	O uso combinado de novas e antigas estratégias possibilita construir uma política de prevenção para todos.	2015
Artigo 2	Sorodiscordância e prevenção do HIV: Percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis.	Amanda Pinheiro Said, Eliane Maria Fleury Seidl.	Este estudo objetivou descrever percepções de pessoas com HIV/aids sobre a prevenção da transmissão do HIV no contexto da sorodiscordância.	O estudo é descritivo, de caráter exploratório, com uso de técnicas qualitativas de coleta e análise de dados. Foi realizado em um serviço de atendimento a pacientes soropositivos de um hospital universitário localizado no Distrito Federal.	A relevância da atuação de equipes de saúde com casais sorodiscordantes quanto à prevenção da transmissão sexual do HIV.	2015
Artigo 3	Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?	Mark Drew Crosland Guimarães, Mariângela Carneiro, Daisy Maria Xavier de Abreul, Elisabeth Barboza França.	Estudos de mortalidade são fundamentais no monitoramento da epidemia de HIV/Aids. Qualidade e completude dos dados do sistema de informação de mortalidade (SIM) requerem abordagens complementares	Foi conduzida a análise descritiva e realizada uma comparação das tendências de redução relativa dos coeficientes de mortalidade por 100 mil, padronizados por idade.	São preocupantes os dados sobre mortalidade por HIV/Aids no Brasil, independentemente do método utilizado.	2017

Artigo 4	Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil.	Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz, Alvaro Francisco Lopes de Sousa.	Este estudo objetivou identificar conteúdos promotores de saúde voltados à prevenção do HIV/aids, em postagens veiculadas em um grupo do Facebook destinado a debates sobre uso da profilaxia pré-exposição (PrEP).	Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, desenvolvido por meio de observação sistemática não-participativa	Os achados alertam para um problema de saúde pública em potencial, e fornecem subsídios para compreender aspectos facilitadores e barreiras ao uso da PrEP no país.	2017
Artigo 5	A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids.	Amanda Araújo Malta de Sá, Cristina Vianna Moreira dos Santos.	Esta pesquisa objetivou investigar quais as principais dificuldades nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais de sujeitos soropositivos e quais os mecanismos de enfrentamento mais empregados por eles.	Foi realizada uma pesquisa descritiva, com base na experiência de uma residente de Psicologia de um hospital de referência no tratamento a pessoas que convivem com o HIV. Fez-se uso do método fenomenológico, para realizar e analisar entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, que enfocaram a vivência dos fenômenos e experiências.	Os resultados confirmaram a existência do impacto negativo do diagnóstico de HIV nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais conforme descrito na literatura.	2017
Artigo 6	Possibilidades de cuidado ao casal sorodiscordantes para o HIV que engravidou.	Tassiane Ferreira Langendorf, Ivis Emília de Oliveira Souza, Stela Maris de Mello Padoin, Cristiane Cardoso de Paula, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, Lúcia de Fatima da Silva.	Compreender o significado da gestação para casais heterossexuais diante da situação de sorodiscordância para o HIV com vistas à construção de possibilidades de cuidado fundadas na subjetividade.	Investigação fenomenológica, referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Foi desenvolvida em um Hospital Universitário no interior do Sul do Brasil entre setembro de 2013 a maio de 2014 por meio de entrevista fenomenológica, da qual participaram 11 casais.	Compreender as necessidades e demandas reprodutivas desses casais se mostra como subsídio para a qualificação e aprimoramento da atenção como contribuição para o planejamento dos cuidados de enfermagem à saúde reprodutiva desse casal.	2017

Artigo 7	Prevalência do HIV no Brasil 2005 - 2015: Dados do Sistema Único de Saúde.	William Jones Dartora, Éder Propp Ânflor, Leticia Ribeiro Pavão da Silveira.	Descrever a prevalência do HIV no período de 2005 - 2015.	Estudo transversal com dados secundários do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre notificações de HIV. A análise estatística se deu por meio do teste de qui-quadrado por comparar a frequência do número de casos de acordo com as variáveis de notificações de casos e obtenção de taxas de HIV.	São necessárias medidas de prevenção e educação em saúde desta população mais exposta ao risco sejam realizadas no país com maior frequência, principalmente nas regiões que se tem maior número de registros do país.	2017
Artigo 8	Adesão á terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids em um município do interior paulista.	Jaqueline Scaramuza Foresto, Elizabete Santos Melo, Christefany Régia Braz Costa, Marcela Antonini, Renata Karina Reis.	Avaliar a adesão aos antirretrovirais de pessoas vivendo com o HIV/Aids e identificar sua associação com variáveis demográficas e clínicas.	Estudo analítico transversal que utilizou instrumento sociodemográfico e o CEAT-HIV, com dados coletados no período de 2014 a 2015.	Nesse estudo, identificou-se uma boa adesão entre os sujeitos e observou-se que indivíduos de maior faixa etária, maior grau de escolaridade, maior tempo de diagnóstico, elevada contagem de células TCD4 e carga viral indetectável estiveram associados a uma maior adesão ao tratamento.	2017
Artigo 9	Tratamento antirretroviral : adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária.	Maria Fernanda Cruz Coutinho, Gisele O'Dwyer, Vera Frossard.	Identificar se a depressão interfere na adesão medicamentosa.	Multiabordagem de adesão, entrevista aberta e o inventário de Depressão de Beck para rastreamento de depressão.	Detectou-se a importância da rede social de proteção e evidenciou-se a necessidade da construção de uma rede de cuidados.	2018

Artigo 10	<p>Profilaxia pré-exposição no controle do HIV: Uma revisão de efetividades e potenciais complicações.</p>	<p>Pedro Henrique Fernandes Bergo, Talissa Bianchini, Catherine Giusti Alves, Acir Ribeir Júnior, Eduarda kipper beck, Maria Helena Rigatto.</p>	<p>Avaliar a eficácia da PrEP contra a infecção por HIV, o contexto de resistência viral e incidência de infecções sexualmente transmissíveis.</p>	<p>Revisão narrativa.</p>	<p>A PrEP é uma medida eficaz na proteção contra o HIV, sendo uma importante ferramenta de saúde pública no controle da doença. Apesar de sua efetividade, a PrEP não é isenta de limitações, repercutindo em riscos elevados de infecções sexualmente transmissíveis associadas e resistência viral. O papel do profissional de saúde é fundamental na indicação adequada e acompanhamento de pessoas que podem se beneficiar do uso da PrEP</p>	2018
Artigo 11	<p>Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV.</p>	<p>Marcelo Ribeiro Primeira, Érika Eberline Pacheco dos Santos, Samuel Spiegelberg Züge, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Cristiane Cardoso de Paula, Stela Maris de Mello Padoin.</p>	<p>Avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV por meio do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral" (CEAT-VIH), de forma a descrever seus itens a partir da correlação entre as questões deste instrumento.</p>	<p>Este estudo é caracterizado como de abordagem quantitativa, descritiva e delineamento transversal. O cenário para a coleta de dados foi um ambulatório de doenças infecciosas de um Hospital Universitário (HU) da região Centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil.</p>	<p>A baixa/inadequada adesão legitima o uso do CEAT-VIH enquanto ferramenta a ser utilizada pela enfermagem junto à equipe multiprofissional no planejamento do cuidado e intervenção nas situações que interferem na adesão.</p>	2018

Artigo 12	Da evidência à ação: desafios do sistema único de saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade.	Eliana Miura Zucchi, Alexandre Grangeiro, Dulce Ferraz, Thiago Félix Pinheiro, Tatianna Alencar, Laura Ferguson, Denize Lotufo Estevam, Rosemeire Munhoz, Equipe do Estudo Combina.	Transpor o conhecimento acumulado pelos estudos de eficácia e demonstrativos à realidade dos serviços e das populações mais vulneráveis à infecção, de forma a alcançar uma ampla cobertura da PrEP		O maior êxito da PrEP como política pública de saúde depende de dois aspectos centrais: assegurar que os serviços sejam ambientes culturalmente diversos e livres de discriminação e a intensificação das intervenções comunitárias, incluindo as redes sociais, de forma a reduzir iniquidades no acesso aos serviços e à PrEP	2018
Artigo 13	Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para atenção no Sistema Único de Saúde.	Eduardo Alves Melo, Ivia Maksud, Rafael Agostini.	Contextualizar o recente processo de descentralização do cuidado às pessoas com HIV/Aids para o âmbito da APS no Brasil - tema ainda escasso na literatura científica - e problematizar potencialidades e desafios com o direito das pessoas com HIV/Aids a uma atenção integral, e a necessidade de fortalecer a APS e sua integração nas RAS.	Examina a relação entre APS e atenção especializada, as questões de acesso, estigma e confidencialidade na APS e o modo de organização e funcionamento das equipes de saúde da família, notadamente e a vinculação formal entre moradores a equipe.	O enfrentamento de vários desafios de ordem moral, ética, técnica, organizacional e política, é necessário para ampliar as possibilidades de acesso e a qualidade do cuidado da APS para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.	2018
Artigo 14	Qualidade de vida no contexto de pacientes com HIV/AIDS: Um estudo comparativo	Carlos Martins Neto, Erick Matheus Correa Pires, Caroline de Souto Pires, Olga Lorena Maluf Guará Beserra, João Ferreira Silva Junior, João Victor Mota, Renata Trajano Jorge Caldas.	Comparar a percepção da qualidade de vida de pessoas HIV+ com pessoas sem o diagnóstico para o HIV/AIDS	Trata-se de um estudo analítico transversal de abordagem quantitativa. Realizado no Centro de Saúde de Fátima, onde funciona um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS, no município de São Luís, Maranhão, no período de outubro de 2016 a abril de 2017.	Os resultados sugerem que o diagnóstico positivo de HIV/AIDS é condição suficiente para diferenciar a percepção da qualidade de vida das pessoas sem o diagnóstico de HIV.	2019

Artigo 15	Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos.	Fernanda Lavezzo, Gabriela Moreira de Freitas, Débora Grigolette Rodrigues, Melissa Maia Braz.	Caracterizar a rede social de apoio de pacientes soropositivos hospitalizados.	Foram realizadas busca ativa e participaram deste estudo seis acompanhantes pertencentes a rede de apoio do paciente internado na Enfermaria de Infectologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, entre os meses de agosto e dezembro de 2018. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Anamnese; Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R) e Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.	A rede de apoio aos pacientes soropositivos foi formada por uma proporção similar de homens e mulheres de meia-idade, com escolaridade média e vínculo fraterno. Nesta rede predominou a ausência de acompanhamentos psicológico e psiquiátrico prévios, a verbalização de reações negativas frente a descoberta do diagnóstico.	2019
Artigo 16	Qualidade de vida de pessoas vivendo com vírus e síndrome da imunodeficiência humana.	Sergio Vital da Silva Júnior, Wilton José de Carvalho Silva, Natália Silva Lourenço, Jordana Almeida Nogueira, Ana Cristina de Oliveira e Silva, Maria Eliane Moreira Freire.	Caracterizar a produção científica brasileira sobre qualidade de vida de pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.	Estudo bibliométrico, com 20 dissertações e 18 teses, disponíveis na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.	Existe significativa produção científica brasileira sobre a temática, com evidências quanto à avaliação das dimensões física, social, psicoemocional da qualidade de vida de pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em detrimento da dimensão cultural e espiritual/religiosa.	2019

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da leitura dos artigos foi possível a identificação de variáveis, que foram agrupadas em três temas, sendo eles: Prática sexual de pessoas que vivem com

HIV/Aids; Estratégia de prevenção com uso da Profilaxia Pré-Exposição; e Assistência de enfermagem frente ao HIV/Aids.

PRÁTICA SEXUAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/Aids

A epidemia causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é reconhecida como um problema de saúde pública pelo grande impacto que causa, tanto individual como também epidêmico. Sendo assim desde o início de sua epidemia foram necessários adotar medidas de políticas públicas de saúde e estratégias por parte dos governos para conter os agravos decorrentes desta infecção.⁹

O Brasil foi marcado pelo grande desafio de incorporar medidas a longo prazo para epidemia de HIV/AIDS, e inovou ao introduzir os medicamentos antirretrovirais ao Sistema Único de Saúde - SUS, contrariando outras medidas. Junto com a dispensação gratuita dos medicamentos, utiliza-se também outra estratégia que é o diagnóstico e o tratamento precoce, promovido por testes rápidos na Atenção Primária à Saúde, seguido da terapia antirretroviral. Provocando uma alteração radical nos quadros epidemiológicos, elevando os níveis de sobrevivência, reduzindo a morbidade e mortalidade, além de diminuir casos de incidência.^{9, 10}

O Brasil é o país que mais concentra casos de novas infecções por HIV na América Latina, e de acordo com dados epidemiológicos oficiais foram identificados 966.058 casos de AIDS desde o ano de 1980 até junho de 2019, sendo 633.462 (65,6%) em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres.^{4, 11}

Quando a sexualidade entra em questão na vida dos portadores do vírus, o relacionamento amoroso e sexual com outro alguém pode ser abalado pois ocorre a possibilidade do parceiro ser da mesma condição ou não. A realidade pode ser de uma relação de soro concordantes, quando os dois são soropositivos ou soro discordância, quando apenas um é portador do vírus. O comportamento sexual pode ser afetado pelo medo e a insegurança ao considerar que à possibilidade de transmissão, interrompendo muitas das vezes as práticas sexuais do portador.¹²

A prevenção da transmissão sexual do HIV passou por várias mudanças ao decorrer da epidemia. O uso consistente e regular do preservativo masculino e feminino foi a primeira medida adotada mundialmente como uma medida de saúde pública, e obteve bons níveis de eficácia e custo relativamente baixo. A segunda medida foi o início da TARV pelas pessoas HIV positivas, independentemente do número de células de T-CD4, que foi denominada como tratamento de prevenção, obtendo um nível mínimo de cópias, levando o vírus ao nível de indetectável, diminuindo significativamente a chance de transmissão. A terceira medida adotada pelo ministério da saúde no ano de 2010, foi a disponibilização dos medicamentos antirretrovirais para parceiros soronegativos que passaram por alguma situação de risco com o uso da Profilaxia pós-exposição sexual (PEP), que possui eficácia nas primeiras horas pós-exposição, sendo indicada ingerir o medicamento até 72 horas da prática sexual e que o seu uso se prolongue por 28 dias, recomendada em casos de violência sexual contra a mulher e ao homem. A quarta medida seria a terapia de Pré-exposição sexual (PrEP), com a disponibilização da TARV antes da possível exposição em uma relação sexual, trazendo uma redução do risco de transmissão do HIV.¹³

Devido aos avanços terapêuticos antirretrovirais, o índice de esperança de vida e desejo de construir uma família tem aumentado significativamente, melhorando a qualidade de vida dos portadores de HIV nos últimos anos.³

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO COM USO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP)

Relacionamentos com parceiros de sorologias distintas para o HIV estão cada vez mais frequentes, mesmo com o constante incentivo à proteção sexual e tratamentos que minimizem significativamente a carga viral de um portador de HIV, ainda é um problema de saúde mundial. A Profilaxia Pré-exposição (PrEP) veio como um método complementar a outras medidas para agir como uma barreira da transmissão sexual. Ampliando as possibilidades de casais soro discordantes reduzirem os riscos da transmissão sexual com o uso de estratégias combinadas com o uso de antirretrovirais (ARV).^{14, 15}

No ano de 2010 o Ministério da Saúde realizou recomendações sobre o emprego do uso da ARV para prevenção da transmissão sexual do HIV, utilizando a terapia de Profilaxia pós-exposição (PEP e a terapia antirretroviral (TARV), logo o programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) realizou a inclusão nas suas metas no período de 2010 a 2015, denominando "Revolução das Políticas e Práticas de Prevenção do HIV", propondo reduzir o risco de transmissão sexual no contexto do desejo reprodutivo entre os pares soro discordantes, ofertando a possibilidade à reprodução sexual.¹⁴

A PrEP se caracteriza pelo uso cotidiano da combinação de dois antirretrovirais, sendo eles, tenofovir associado à entricibatina (TDF/FTC), antecedendo às práticas sexuais. Também chamado de prevenção combinada, refere-se a uma estratégia onde se propõe a oferta de novos métodos preventivos como as PrEP e PEP, junto com os métodos clássicos de preservativos masculino e feminino, promoção de práticas não penetrativas e testagens anti-HIV.¹⁶

Neste sentido, existe uma importância significativa dada ao uso do PrEP em relacionamentos que estão em situação de soro discordância, pois alguns casais relatam a dificuldade no uso do preservativo, onde a maioria estão associadas as questões de diminuição do prazer, falta de confiança, insegurança ou medo de uma possível relação onde o preservativo rompa.¹⁵ A realização de um planejamento relacionado à reprodução entre casais inclui o aconselhamento, riscos, revisão da saúde sexual garantindo a ausência de DST e avaliação da fertilidade do casal.

Existem dois possíveis cenários e estratégia sindicadas. Quando o homem é soropositivo: há possibilidades da lavagem de esperma, com inseminação intrauterina ou fertilização in vitro, trazendo menor risco de transmissão, suas desvantagens são o alto custo e sua baixa disponibilidade no serviço público. Quando o parceiro apresenta carga viral indetectável por um período prolongado pode ocorrer a concepção natural com relação sexual programada para o período fértil é considerada o uso do PrEP pela parceira feminina reduzindo ainda mais o risco.¹⁴

Quando a mulher é soropositiva: há possibilidades da auto-inseminação eliminando o risco de transmissão para o parceiro, evitando o contato com os fluídos genitais da parceira. Quando a carga viral se apresenta indetectável por um longo período também pode ser empregada a utilização de ARV pelo parceiro caso a opção seja pela relação sexual desprotegida no período fértil.¹⁴

Com isso, em relação a questão reprodutiva em um relacionamento sorodiscordante, há dois cuidados essenciais: a não infecção do parceiro ou parceira negativa, e a prevenção da transmissão vertical (mãe para o filho). Saber dos portadores do vírus quanto ao desejo e dúvidas ao querer de ser pais ou mães, mantendo uma boa relação de confiança entre profissional e paciente, visando a melhor solução para o casal, é um importante papel da equipe de saúde.¹⁷

ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AO HIV/Aids

A respeito do serviço de saúde, a uma grande necessidade de que os profissionais estejam preparados quanto as intervenções aos casais sorodiscordantes, fornecendo insumos, testagens periódicas, aconselhamento continuado, indicações de TARV individual, avaliação rotineira referente a saúde sexual, tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), além do acolhimento qualificado, escuta ativa, planejamento reprodutivo com ações de capacitação, remoção de barreiras a novas medidas de prevenção e a procedimentos de reprodução.¹⁴

A atenção à saúde as pessoas portadoras do vírus HIV/Aids exige um trabalho interdisciplinar e intersetorial dos profissionais, onde a prática do cuidado deve ser realizada de forma integral e acolhedora.⁷ Com ênfase na necessidade da divulgação de informações a respeito do HIV e da Aids, cuidado, tratamento, e os conteúdos relacionados aos avanços e as descobertas recentes.¹³

Como parte da equipe interdisciplinar o enfermeiro realiza uma tarefa fundamental no cuidado integral aos portadores do vírus, avaliando a adesão medicamentosa afim de identificar os fatores que podem interromper o tratamento. A baixa adesão ou a não adesão ao uso correto da TARV é considerado uma ameaça para a efetividade do tratamento das PVHA, implicando diretamente na falência terapêutica, facilitando a proliferação de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes.¹⁷

A dificuldade a adesão ao tratamento está diretamente ligada a depressão pós descoberta, sendo um transtorno psiquiátrico de alta prevalência nos indivíduos infectados, possuindo uma capacidade de prever desfechos negativos, baixa qualidade de vida e um possível agravamento da progressão da doença levando a mortalidade.¹⁸

Torna-se essencial que o portador encontre uma rede de apoio seja na religiosidade/espiritualidade, na família e nos serviços de saúde, principalmente nos primeiros seis meses em que o indivíduo está passando por seu primeiro processo de experiência com o tratamento, pois os efeitos colaterais podem afetar algumas de suas tarefas diárias. O aspecto da religiosidade no enfrentamento do processo de saúde-doença se torna de extrema importância, visto como um fator que promove o bem-estar tanto do indivíduo como dos que convivem com ele.^{3, 17}

A não aceitação da soropositividade vem acompanhada de diversas complicações, como abuso de álcool, abuso de drogas, transtornos mentais, relações insatisfatórias, crenças negativas e exclusão social. Desse modo os profissionais se tornam essenciais, pois a partir do trabalho multidisciplinar, conseguem identificar individualmente e sociodemograficamente os pacientes que possuem o risco de não adesão ao tratamento, e oferecem inúmeras alternativas de atendimento, com horários flexíveis, atenção direcionada, informações sobre o cuidado e possibilidades sobre novos tratamentos, além de sempre informar novas descobertas científicas.^{18, 19}

Considerações finais

Dado o exposto, percebe-se que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) caracteriza a manifestação clínica avançada da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) quando existe a não adesão ao tratamento, visto que o vírus está cada vez mais comum em nossa sociedade. Entretanto, há possibilidade de casais

sorodiscordantes terem filhos, visto que a PrEP possui eficácia e está inserida nas políticas e escopo de atuação do SUS.

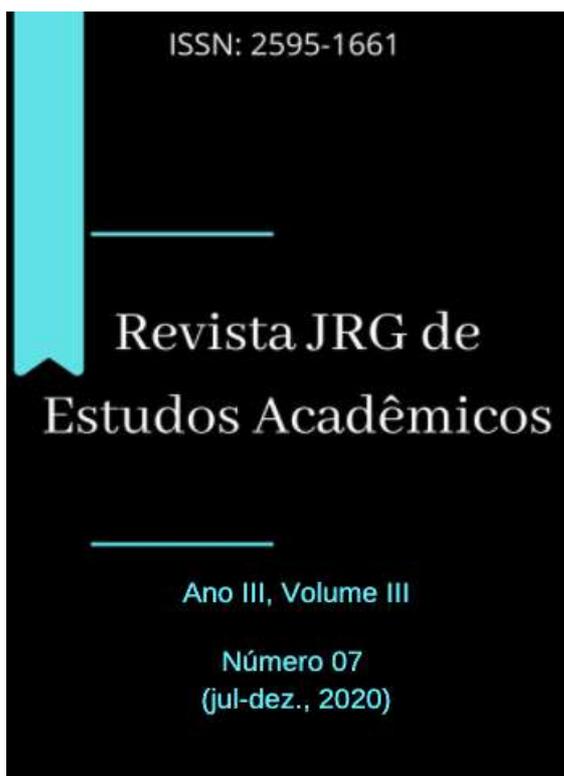
A falta de conhecimento dos portadores provocam diversas dúvidas, seja individual ou até mesmo quando estão em relacionamentos, com isso, a assistência de saúde possui um papel fundamental na hora da descoberta e os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores do cuidado, agindo de forma acolhedora e integral com cada indivíduo, identificando os fatores relacionados que levam a não adesão medicamentosa com o intuito de traçar novas estratégias de saúde.

Conclui-se, portanto, que os portadores do HIV podem viver normalmente desde que façam a terapia medicamentosa corretamente, e aqueles que passam por situação de sorodiscordância têm a oportunidade de construir uma família, sendo várias as possibilidades da gestação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. O que é sistema imunológico?. 2020.
2. Unids. Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?. 2020.
3. Neto CM, et al. Qualidade de vida no contexto de pacientes com hiv/aids: um estudo comparativo. Saúde e Pesquisa. 2019; 12(2).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019. 2019.
5. Guimarães MDC, Carneiro M, Abreu DMX, França EB. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?. Rev. bras. epidemiol. 2017; 20(1): 182-190.
6. Lavezzo F, et al. Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos. Arquivos de Ciências da Saúde. 2019; 26(2): 94-98.
7. Silva Júnior SV, Silva WJC, Lourenço NS, Nogueira JA, Oliveira e Silva AC, Freire MEM. Qualidade de vida de pessoas vivendo com o vírus e síndrome da imunodeficiência humana. Rev Rene 2019; 20.
8. Lagendorf TF, et al. Possibilidades de cuidado ao casal sorodiscordante para o HIV que engravidou. Rev. Bras. Enferm. 2017; 70(6): 1199-1205.
9. Primeira MR, dos Santos EEP, Züge SS, Magnago TSBS, Paula CC, Padoin SMM. Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com hiv. Saúde e Pesquisa. 2018; 11(2).
10. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Rev Panam Salud Publica. 2018; 42(151).
11. Dartora WJ, Ânflor EP, Silveira LRP. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. Revista CUIDARTE. 2017; 8(3): 1919-1928.

12. Sá AAM, Santos CVM. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(4): 773-786.
13. Said AP, Seidl EMF. Sorodiscordância e prevenção do HIV: percepções de pessoas em relacionamentos estáveis e não estáveis. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54): 467-478.
14. Hallal RC, Raxach JC, Barcellos NT, Maksud I. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(1).
15. Zucchi EM, et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(7).
16. Queiroz AAFLN, Sousa AFL. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(11).
17. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017; 38(1).
18. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde debate*. 2018; 42(116): 148-161.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **24/10/2020**

Data de reformulação: **28/10/2020**

Data do aceite: **04/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4270520>

Publicado: **2020-11-12**

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA PACIENTES PORTADORES DE EPILEPSIA

NURSING CONTRIBUTION TO PATIENTS WITH EPILEPSY

*Giovanna Gabriela David Diniz¹
Marco Aurélio Ninômia Passos²*

RESUMO

Objetivos: Reconhecer o papel da enfermagem na prestação de cuidados, a interação do enfermeiro com pacientes portadores de epilepsia e a importância de enfermeiros especialistas na área de epilepsia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da bibliografia, no período de 2014 a 2020, através de um levantamento em base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME) e e *ScienceDirect*, além de referências publicadas no site da *Internacional League Against Epilepsy-ILAE* (Journals of the ILAE). **Resultados:** Foram selecionados 12 artigos e 2 materiais do Ministério da Saúde que abordaram assuntos que foram categorizados, onde foi consolidado o conhecimento publicado através dos mesmos acerca do tema proposto, interligando-os sintaticamente a fim de obter um conjunto de proposições e conclusões dos autores escolhidos. **Conclusão:** O estudo permitiu evidenciar que a enfermagem é de suma importância, principalmente na questão da comunicação com o paciente e a família acerca dos aspectos da epilepsia. A

¹ Graduando em Enfermagem da Universidade Paulista, Brasília-DF, Brasil.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

enfermagem deve ser incentivada a realizar mais estudos sobre a temática já que a literatura disponível é bem restrita e os profissionais e estudantes sejam incentivados a realizar cursos para obter conhecimento maior na área.

Palavras-chave: Enfermagem. Epilepsia. Convulsão.

ABSTRACT

Objectives: To recognize the role of nursing in the provision of care, the interaction of nurses with patients with epilepsy and the importance of specialist nurses in the field of epilepsy. Methodology: This is an integrative literature review study, from 2014 to 2020, through a survey in electronic database of the Virtual Health Library (VHL - BIREME) and ScienceDirect, in addition to references published on the website of International League Against Epilepsy-ILAE (Journals of the ILAE). Results: 12 articles and 2 materials from the Ministry of Health were selected that addressed subjects that were categorized, where the knowledge published through them on the proposed theme was consolidated, syntactically linking them in order to obtain a set of propositions and conclusions of the authors selected. Conclusion: The study showed that nursing is extremely important, especially when it comes to communicating with the patient and the family about aspects of epilepsy. Nursing should be encouraged to carry out more studies on the subject since the available literature is very restricted and professionals and students are encouraged to take courses to obtain greater knowledge in the area.

Keywords: Nursing, Epilepsy, Nursing Care, Seizure.

Introdução

Documentos datados de 4500 anos atrás já relatavam a condição de epilepsia e os sinais e sintomas utilizados atualmente. Era considerada uma condição mítica, sem causa definida e dava a ideia de que se tratava de um fenômeno punitivo de origem divina. O primeiro estudo sobre a doença foi realizado por Hipócrates na Grécia Antiga (460-377 a.C.) e proporcionou uma abordagem mais científica.¹

As epilepsias são consideradas distúrbios neurológicos caracterizados por alterações paroxísticas crônicas que acontecem de forma recorrente. Em 1989, na sua primeira classificação considerava-se três tipos de epilepsias que, em 2017, passaram a ser baseadas em seis grupos etiológicos. O diagnóstico é realizado através da anamnese (reconhecer sinais e sintomas), exames neurológicos, exame de neuroimagem (Tomografia Computadorizada – TC ou Ressonância Magnética Nuclear – RMN) e eletroencefalograma (EEG).²

A estimativa é que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5% a 1,0% da população e essa prevalência sofre alterações de acordo com diferentes idades, gêneros, grupos étnicos e fatores socioeconômicos.³

O paciente epiléptico está sujeito a viver em contínua tensão e ansiedade, na expectativa de que ocorra uma nova crise, situação vexatória ou discriminação pela falta de conhecimento da população sobre o assunto. Corre o risco de desenvolver sequelas permanentes causadas pela própria doença ou pela terapêutica quando mal conduzida.³

As discussões e olhares da assistência de todos os setores da sociedade devem ser estimuladas especialmente nas equipes de saúde. A enfermagem em

saúde mental e a neurologia devem estar dedicadas para promover melhor qualidade de vida, uso racional de medicamentos e identificação de sinais e sintomas associados à epilepsia.⁴

A enfermagem tem papel importantíssimo já que recepcionam o paciente e realiza o acompanhamento porém a falta de especialização atrapalha o processo do cuidar.⁵ Enfermeiros podem fornecer uma ampla gama de cuidados aos portadores da doença e suas famílias podendo prescrever medicamentos; realizar exames de diagnóstico e prescrever outros tipos de tratamentos médico; podem se concentrar em fornecer educação de autogestão; fornecer educação a colegas, comunidades e estudantes.⁶

Na atuação como especialista ele realiza as seguintes funções: Completar uma avaliação abrangente das necessidades de informar os cuidados e tratamento; Oferecer educação centrada na pessoa para capacitar pacientes na sua autogestão; Monitorar sistematicamente o impacto do cuidado e tratamento; Fornecer educação para membros da família e pessoas significativas para promover confiança; Oferecer atendimento psicossocial para garantir bem-estar psicológico do paciente e família; Coordenar os cuidados e vias de atendimento para melhorar a jornada dos pacientes; Garantia de qualidade das informações do paciente.⁷

A necessidade de abranger o conhecimento sobre as epilepsias na área da enfermagem foi o incentivo para realizar este trabalho visando a melhoria do conhecimento profissional e, conseqüentemente, uma melhor qualidade da assistência prestada aos portadores desta doença já que não há muitos estudos realizados focados no papel do enfermeiro.

O objetivo deste trabalho foi evidenciar como a enfermagem pode atuar frente a pacientes com epilepsia reconhecendo o papel da enfermagem na prestação de cuidados, a interação do enfermeiro com pacientes que possuem epilepsia e a importância de enfermeiros especialistas na área de epilepsia.

Metodologia

A pesquisa foi realizada com base na revisão integrativa da literatura, que resumiu os estudos com evidências mais relevantes sobre a temática abordada. A perspectiva holística sobre o tema evita duplicação e erros, oferece ideias e pontos de vista e favorece a comparação em contextos similares ou diferentes. A quantidade de literatura disponível e ferramentas para consolidar as pesquisas são abundantes, porém em diversas ocasiões não conseguem uma integração do conteúdo de maneira igualitária quando se trata de mapear a ciência em diferentes áreas de conhecimento, países, idiomas ou tipos de documentos.⁸

Para definir os estudos que seriam utilizados nesta revisão foram definidas questões levantadas através dos objetivos propostos. As perguntas são: Qual papel da enfermagem na prestação de cuidados?; Como acontece a interação do enfermeiro com pacientes que possuem epilepsia e, por fim, Qual a importância de enfermeiros especialistas na área de epilepsia?

Para isso foram levantados artigos em bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde-BIREME e *ScienceDirect*, além de referências publicadas no site da *Internacional League Against Epilepsy-ILAE* (Journals of the ILAE). Foram utilizados os descritores: “enfermagem”, “epilepsia”, “convulsão” “nursing”, “epilepsy”, “nursing care”, “seizure”, entre o período de 2014 à 2020 e em língua portuguesa e inglesa. A seleção dos descritores foi

realizada no DECs (Descritores em Ciências da Saúde) para descritores em português e no MeSH (Medical Subject Heading) para descritores em inglês.

Para responder às perguntas propostas foram adotados critérios de inclusão, sendo considerados aqueles artigos cujo acesso ao periódico era livre aos textos completos, artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados e indexados nos últimos sete anos (2014 a 2020) e localizados através dos descritores supracitados. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes do ano de 2014 e que não apresentavam relação com as perguntas norteadoras.

Com os parâmetros utilizados foram encontrados 3.895 artigos no banco de dados da BIREME e 18.033 no banco da ScienceDirect, totalizando 21.928; Para os resultados de cada busca foram analisados primeiramente os títulos e descartando os que não tinham relação com a temática, após foram analisados os resumos para uma segunda exclusão. Assim, foram selecionadas referências relacionadas à assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios epiléticos e excluídas as publicações sobre epilepsia que não eram pertinentes ao foco do estudo, resultando em um total de 14 artigos. A pesquisa abrangeu os últimos sete anos sendo que o artigo publicado em 2014 tinha relação com o tema e foi publicado em periódico da *Internacional League Against Epilepsy-ILAE*. A análise dos artigos foi realizada utilizando uma análise de temática de conteúdo.

Resultados

Dentre os artigos incluídos nesta revisão, seis são de profissionais da área de neurologia de diversos hospitais, universidades e acadêmicos vinculados às instituições; um é de enfermeiro; um é o Protocolo Clínico de Diretrizes e Terapêuticas do Ministério da Saúde; dois são publicações da *Internacional League Against Epilepsy*; um é de médicos; um de professores da área de neurologia e o um não foi possível identificar a categoria profissional de seus autores. Observou-se que a enfermagem não muita ligada a estudos nessa área mesmo sendo eles, na maioria das vezes, o primeiro contato com que o paciente tenha em um serviço clínico. Os artigos foram publicados por várias revistas da área da saúde e os estudos realizados em diferentes países, com predominância de publicações internacionais indicando uma falta de interesse no assunto por profissionais brasileiros. Em sua maioria os estudos são revisões e de publicação internacional. A discussão foi categorizada nas seguintes categorias: História de evolução dos estudos científicos; Diagnóstico e classificação das crises epiléticas; A atuação da enfermagem frente à pacientes com epilepsia e A importância de enfermeiros especialistas na área de epilepsia.

Discussão

História de evolução dos estudos científicos

Os relatos de epilepsia datam de 2.500 a.C. no período pré-histórico onde já se iniciou descrições e terminologias. Porém foi a partir de 4500 anos atrás começaram os primeiros relatos de sinais e sintomas que fazem alusão à epilepsia. À princípio a epilepsia era considerada um distúrbio místico, dando a ideia de ser um fenômeno punitivo de origem divina. Os primeiros estudos foram feitos por Hipócrates o que forneceu uma abordagem mais científica da doença. A ideia de punição divina se fortaleceu na Idade Média onde as crenças religiosas eram mais vigorosas. A partir dos séculos XVI e XVII Paracelsus, le Pois e Sylvius deram início à investigação de causas internas para a epilepsia,

iniciando estudos mais aprofundados sobre a doença. Já no século XVIII a opinião geral sobre a epilepsia era de que se tratava de uma doença idiopática que se estabelecia no cérebro e em outros órgãos internos. Todos esses estudos levaram Tissot a escrever o primeiro livro moderno sobre epilepsia. No século XIX, John Hughlings-Jackson descreveu através das pesquisas diferentes tipos de convulsões pois os estudos voltaram-se para a classificação, etiologia, fisiopatologia e localização topográfica e muitos pesquisadores demonstraram interesse em eletroencefalograma (EEG) após Adolf Beck ter feito estudos em animais sobre a eficiência do EEG na alteração da atividade elétrica. No século XX, foram feitas pesquisas mais detalhadas sobre epilepsia e EEG e estabeleceu-se muitas sociedades médicas associadas à epilepsia com destaque para a Internacional League Against Epilepsy (ILAE). Neste século também houve a invenção e contribuição de outros exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética do cérebro (RM).^{1,10,13}

A estimativa é que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5% a 1,0% da população. Sua prevalência difere de acordo com diferentes idades, gêneros, grupos étnicos e fatores socioeconômicos. Em países desenvolvidos, por exemplo, a prevalência da epilepsia aumenta proporcionalmente com o aumento da idade, enquanto nos países em desenvolvimento geralmente atinge picos na adolescência e idade adulta. A probabilidade, falando de maneira geral, do indivíduo ser acometido por epilepsia ao longo da vida é de cerca de 3%.³ Um exemplo trazido em um dos artigos é que no Brasil a prevalência é de 7,8/1000 habitantes (epilepsia ativa: 5,6/1000) em regiões semiurbanas o que corrobora a questão dos fatores socioeconômicos.⁹

A existência das convulsões, descrições e terminologias são existentes desde muitos anos atrás e, com os estudos durante os séculos, seus nomes sofreram atualizações, porém seus significados foram pouco alterados. Quanto à fisiopatologia e etiologia, estas sofreram muitas alterações até chegarmos à classificação atual e são de extrema relevância para diagnóstico e tratamento mais direcionados.¹⁰

Atualmente a ILAE e a Internacional Bureau for Epilepsy (IBE) define uma crise epiléptica como uma ocorrência transitória de sinais e / ou sintomas devido a atividade neuronal anormal excessiva ou síncrona em o cérebro.¹⁰ Considera-se também que resultam de alterações paroxísticas crônicas e recorrentes nas funções cerebrais causadas por anormalidades na atividade elétrica cerebral.²

Então, em 1989 a ILAE como uma sociedade bastante reconhecida internacionalmente considerou três tipos de epilepsias que posteriormente foram reclassificadas baseadas em seis grupos etiológicos.² Para servir de instrumento crítico para o clínico, a classificação das epilepsias precisa ser relevante e dinâmica a mudanças na forma de pensar, e também robusta e traduzível para todas as áreas do globo. Possui como objetivo primário o diagnóstico do paciente, podendo também ser usado para pesquisas, para o desenvolvimento de terapias antiepilépticas e para a comunicação ao redor do mundo.¹¹

Diagnóstico e classificação das crises epilépticas

A epilepsia só é definida como doença quando alguma dessas situações ocorrem: 1. O paciente teve duas crises não provocadas em um intervalo maior que 24 horas; 2. Uma crise não provocada e a probabilidade de recorrência (pelo

menos 60%) após duas convulsões não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos; e 3. Diagnóstico de uma síndrome epiléptica. A epilepsia é considerada resolvida para indivíduos que permaneceram livres de convulsões nos últimos 10 anos, sem remédios contra convulsões nos últimos 5 anos.¹²

Em 2017 saiu a última Classificação da ILAE sobre crises epiléticas que apresenta três níveis para diagnóstico aplicável em todos os ambientes clínicos. Os tipos de crise (primeiro nível) podem ser de início focal, generalizado ou desconhecido e não servem para diferenciar crises epiléticas de não epiléticas e, nos casos com pouca informação ou que tem falta de acesso a exames de imagem pode dificultar o diagnóstico. Os tipos de epilepsia (segundo nível) já trazem que o paciente tem o diagnóstico e se subdividem nos três tipos de crises adicionando crises focais e generalizadas combinadas podendo ser o nível final de diagnóstico alcançável, quando o clínico não consegue fazer o diagnóstico de uma síndrome epiléptica. As síndromes epiléticas (terceiro nível) se referem a um conjunto de características incluindo tipos de crises, EEG e características de imagem, que tendem a ocorrer juntas, porém, frequentemente tem características dependentes da idade tais como idade de início e remissão (quando aplicável), desencadeadores de crises, variação diurna e algumas vezes prognóstico.^{10,11}

Os tipos de epilepsia podem levar ao desenvolvimento de comorbidades, incluindo dificuldades de aprendizado, deficiência intelectual, manifestações psiquiátricas como transtornos do espectro autista, e risco de mortalidade como morte súbita em epilepsia (SUDEP). As epilepsias generalizadas podem apresentar um conjunto de diferentes tipos de crises que incluem crises de ausência, mioclônicas, atônicas, tônicas e tônico-clônicas. Já as epilepsias focais incluem distúrbios unifocais e multifocais bem como crises envolvendo um hemisfério. Uma síndrome epiléptica se refere a um conjunto de características incluindo tipos de crises, EEG e características de imagem, que tendem a ocorrer juntas.¹¹

A atuação da enfermagem frente à pacientes com epilepsia

As discussões e olhares da assistência de todos os setores da sociedade devem ser estimuladas, principalmente as equipes de saúde. A enfermagem em saúde mental e a neurologia devem estar dedicadas para promover melhor qualidade de vida, uso racional de medicamentos e identificação de sinais e sintomas associados à epilepsia.⁴

Visando uma melhoria na qualidade da assistência prestada os enfermeiros se posicionam para melhorar a comunicação com os pacientes já que são eles quem tem a primeira interação e realizam as avaliações iniciais das condições e necessidades dos pacientes. Como o tratamento e diagnóstico são áreas que necessitam de especialização e nem todos os enfermeiros possuem essa formação, as diretrizes de enfermagem para o cuidado e educação do paciente com epilepsia são um primeiro passo crítico para expandir o conhecimento sobre diagnóstico e tratamento de epilepsia, autogestão do paciente e aspectos psicossociais do cuidado.⁵

Os benefícios de intervenções lideradas por enfermeiros incluem maior satisfação do paciente com o conhecimento e habilidades de enfrentamento, melhoria do bem-estar emocional, confiança, adesão ao tratamento, custos mais baixos e menores internações hospitalares. Sendo assim, enfermeiros não especialistas em epilepsia são capazes de desempenhar um papel central na

prestação de cuidados, na educação em saúde e no apoio essenciais aos pacientes com epilepsia.^{5,7}

A importância de enfermeiros especialistas na área de epilepsia

Enfermeiros especialistas e com experiência em epilepsia tornam-se integrantes da equipe de atenção à epilepsia. Dependendo do país de atuação, nível educacional, leis que regem e outros fatores, o escopo da enfermagem tem grande abrangência e profundidade podendo atuar em qualquer lugar que possua pessoas com epilepsia (escola, casa, clínica, hospital e centros especializados). Atuam como enfermeiros de prática avançada, especialistas em enfermagem, educadores e pesquisadores contribuindo assim, para a enfermagem no âmbito da educação, da pesquisa e da prática clínica e podem trabalhar como integrante de uma equipe multidisciplinar ou como profissionais independentes. Portanto, prestam uma ampla gama de cuidados aos portadores da doença e suas famílias, como por exemplo: educação sobre diagnóstico e impacto em suas vidas, promovendo a independência do paciente. Muitos profissionais podem prescrever medicamentos; realizar exames de diagnóstico e prescrever outros tipos de tratamentos médicos (independentemente ou em conjunto com um médico); podem se concentrar em fornecer educação de autogestão; fornecer educação a colegas, comunidades e estudantes.^{6,14}

Em um estudo realizado aqui no Brasil os enfermeiros, com base na análise dos relatos dos pais e pessoas próximas aos pacientes, destacaram quatro categorias temáticas. O impacto do diagnóstico: traz incertezas sobre o futuro e consequências na vida familiar e social da criança, sendo necessário monitorar paciente e membros da família por uma equipe multiprofissional para minimizar o sofrimento de lidar com algo novo e desconhecido; Superproteção: trata-se da superproteção dos pais causada pela incerteza e falta de informação. Pode gerar uma rigorosa supervisão e restrição de atividades para evitar que haja crises; Mudanças na dinâmica familiar: essas mudanças ocorrem para fornecer cuidados adequados à criança, porém, essa mudança afeta o microsistema da família que resulta em uma crise estrutural devido à manutenção da rotina familiar. Esse estresse familiar é mais intenso no primeiro ano após o diagnóstico; e o estigma que é um termo usado para classificar alguém com fraquezas ou desvantagens. O estigma implantado na sociedade desde muitos anos atrás resulta em atitudes de discriminação, preconceito, e, até mesmo exclusão e isso pode atrapalhar no sucesso do tratamento. Para diminuir essa questão é necessário promover o conhecimento para a população.^{13,14}

Por fim, em relação à gama de serviços prestados pelos enfermeiros especialistas em epilepsia abrangem os seguintes itens: Completar uma avaliação abrangente das necessidades de informar os cuidados e tratamento que seria “conhecer a pessoa por inteiro” (conhecer biografias, interesses, objetivos, desejos e contexto) para garantir intervenções sob medida; Oferecer educação centrada na pessoa para capacitar pacientes na sua autogestão que é centrado no empoderamento do paciente para que o mesmo compreenda sua experiência e busque por viver a vida sem restrições sempre fornecendo educação sobre implicações potenciais do estilo de vida e mudanças para evitar perigos; Monitorar sistematicamente o impacto do cuidado e tratamento que literalmente é acompanhar o paciente e monitorar o impacto dos tratamentos prescritos; Fornecer educação para membros da família e pessoas significativas para promover confiança que se baseia em educar sobre como intervir em

emergências com ênfase em primeiros socorros e também para que observem e mantenham registros precisos e atualizados das convulsões; Oferecer atendimento psicossocial para garantir bem-estar psicológico do paciente e família é fator crítico para enfermeiros especialistas e gira em torno de ouvir, tranquilizar, fornecer informações e reforçar a autogestão; Coordenar os cuidados e vias de atendimento para melhorar a jornada dos pacientes durante sua passagem em serviços primários, secundários e terciários garantindo uma melhora no fluxo e na jornada dos pacientes; Garantia de qualidade das informações do paciente que inclui a qualidade do registro dessas informações para que sejam enviadas de modo oportuno para local e membro da equipe corretos.^{5,6,7}

Conclusão

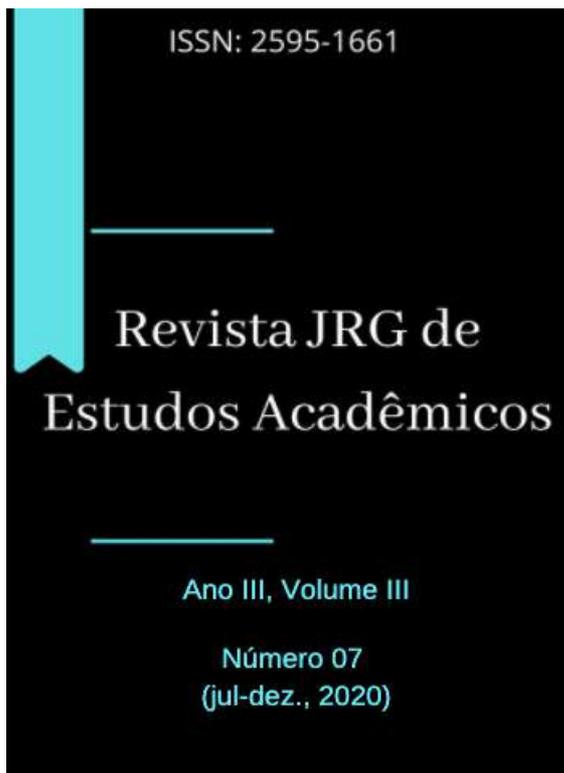
Através dessa revisão foi possível evidenciar que a enfermagem é de suma importância, principalmente na questão da comunicação com o paciente e a família acerca dos aspectos da epilepsia. Apesar de ser uma doença que vem sendo discutida há séculos ainda é pouco discutida na área da enfermagem o que pode trazer danos tanto ao paciente com o diagnóstico quanto ao paciente sem diagnóstico já que o escopo da enfermagem é bem abrangente nesta área.

Sugere-se, então, que a enfermagem seja incentivada a realizar mais estudos sobre a temática já que a literatura disponível é bem restrita. Os enfermeiros podem ser estimulados a realizar cursos para que tenham pelo menos o básico de conhecimento sobre a doença, para os acadêmicos de enfermagem é sugerido que eles tenham acesso às especialidades da enfermagem para que saibam que a enfermagem também pode atuar na área da neurologia.

Referências

1. Panteliadis CP, Vassilyadi P, Fehlert J, Hagel C. Historical documents on epilepsy: From antiquity through the 20th century. *Brain & Development*. 2017; 39(6):457-463.
2. Forastieri ML, Vargas NCM. Etiologia da Epilepsia em Pacientes do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) – UFMS. *PECIBES*. 2019; 01: 23-27.
3. Brasil. Portaria Conjunta Nº 17, de 21 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas sobre Epilepsia. *Diário Oficial da União*; 2018 jun 27; Seção 1: 45.
4. Moreira GCD, Furegato ARF. Pessoas com epilepsia, uso de álcool, tabaco e outras drogas e o cuidado de enfermagem: revisão. *Nucleus*. 2018; 15(2): 147-151.
5. Buelow J, Miller W, Fishman J. Development of an Epilepsy Nursing Communication Tool: Improving the Quality of Interactions Between Nurses and Patients With Seizures. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2018; 50(2): 74-80.
6. Prevos-Morgant M, Leavy Y, Chartrand D, Jurasek L, Shafer PO, Shinnar R et. al. Benefits of the epilepsy specialist nurses (ESN) role, standardized practices and education around the world. *Revue Neurologique*. 2019; 175: 189-193.
7. Higgins A, Downes C, Varley J, Doherty CP, Begley C, Elliott N. Supporting and empowering people with epilepsy: Contribution of the Epilepsy Specialist Nurses (SENsE study). *Seizure: European Journal of Epilepsy*. 2019; 71:42–49.

8. Mariano AM, Rocha MS. Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora. In: XXVI Congresso Internacional AEDEM. 2017; Itália. AEDEM. International Conference - Economy, Business and Uncertainty: ideas for a European and Mediterranean industrial policy. Reggio Calabria (Italia).
9. Siqueira HH, Dalbem JS, Alvarenga RMP, Andraus MAC, Preux PM. Prevalence of Epilepsy in a Brazilian Semiurban Region: An Epidemiological Study. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2016; 20(2): 124-138.
10. Patel P, Moshé SL. The evolution of the concepts of seizures and epilepsy: What's in a name?. *Epilepsia Open*. 2020; 5: 22-35.
11. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 512-521.
12. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55(4): 475-482.
13. Renardin D, Soares LG, Soares LG, Higarashi IH, Abreu IS. Epilepsy bearing children: viewpoint and familyhood. *Rev Fun Care Online*. 2019; 11(4): 1065-1071.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência. Ministério da Saúde; Brasília(DF);2018.



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: 23/10/2020

Data de reformulação: 03/11/2020

Data do aceite: 05/11/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4271881>

Publicado: 2020-11-13

**ASPECTOS TERAPÊUTICOS E FARMACOLOGICOS NA UTILIZAÇÃO DA
CHENOPODIUM AMBROSIOIDES L.**

*THERAPEUTIC AND PHARMACOLOGICAL ASPECTS IN THE USE OF
CHENOPODIUM AMBROSIOIDES L.*

*Idelbrando Alves da Silva¹
Dalva Pereira de Cantuario Mendes²
Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu³*

RESUMO

Introdução: O uso de plantas medicinais é resultante da interação do ser humano com o ambiente em que habita. Logo, a descoberta das plantas medicinais com potentes terapêuticos foi um evento primitivo, contínuo e adquirido através de experiências a partir do contato com a flora disponível. Com o passar dos tempos, as plantas e os vegetais começaram a ser mais conhecidos e classificados, o que resultou em diferentes técnicas de cultivo e uso terapêutico e farmacológico. Esse conhecimento da fitoterapia pode ser observado atualmente em comunidades de diferentes partes do mundo, tendo em comum as experiências passadas dos mais idosos para os mais jovens^{1,2}. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos terapêuticos comprovados, por meio dos achados científicos, da *Chenopodium ambrosioides* L. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica, através das bases de dados Scielo e Google Acadêmico, utilizando os descritores “diabetes mellitus”, “depressão” e “antidepressivos”, para artigos publicados entre

¹ Graduando em Farmácia pela Faculdade Sena Aires, FACESA, GO, Brasil.

² Graduanda em Farmácia pela Faculdade Sena Aires, FACESA, GO, Brasil.

³ Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Possui graduação em Farmácia - COLEGIO SENA AIRES (2009).

2010 e 2020. **Resultado:** Através dos estudos analisados, pode-se afirmar que, é importante conhecer e entender sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais, para que existam estudos mais detalhados, e que possam proporcionar uma eficácia no tratamento de pacientes e para evitar interações medicamentosas. **Conclusão:** Portanto, o *Chenopodium ambrosioides L.*, pode ser considerada uma planta vegetal com efeitos terapêuticos comprovados e de grande importância para a população.

Palavras-chaves: Aspectos Terapêuticos. Farmacológicos. *Chenopodium Ambrosioides L.*

ABSTRACT

Introduction: *The use of medicinal plants is the result of human interaction with the environment in which they live. Therefore, the discovery of medicinal plants with potent therapeutics was a primitive, continuous event and acquired through experiences from contact with the available flora. As time passed, plants and vegetables began to be better known and classified, which resulted in different cultivation techniques and therapeutic and pharmacological use. This knowledge of phytotherapy can now be observed in communities from different parts of the world, having in common the experiences passed from the oldest to the youngest*^{1,2}. **Objective:** *This study aims to investigate the proven therapeutic effects, through scientific findings, by *Chenopodium ambrosioides L.** **Methodology:** *A bibliographic review was carried out, using the Scielo and Google Scholar databases, using the descriptors “diabetes mellitus”, “depression” and “antidepressants”, for articles published between 2010 and 2020.* **Result:** *Through the analyzed studies, it can be stated that, it is important to know and understand about the therapeutic properties of medicinal plants, so that there are more detailed studies, and that can provide an efficacy in the treatment of patients and to avoid drug interactions.* **Conclusion:** *Therefore, *Chenopodium ambrosioides L.*, can be considered a vegetable plant with proven therapeutic effects and of great importance to the population.*

Keywords: *Therapeutic aspects. Pharmacologists. *Chenopodium Ambrosioides L.**

1. INTRODUÇÃO

O uso de plantas medicinais é resultante da interação do ser humano com o ambiente em que habita. Logo, a descoberta das plantas medicinais com potentes terapêuticos foi um evento primitivo, contínuo e adquirido através de experiências a partir do contato com a flora disponível. Com o passar dos tempos, as plantas e os vegetais começaram a ser mais conhecidos e classificados, o que resultou em diferentes técnicas de cultivo e uso terapêutico e farmacológico. Esse conhecimento da fitoterapia pode ser observado atualmente em comunidades de diferentes partes do mundo, tendo em comum as experiências passadas dos mais idosos para os mais jovens^{1,2}.

O uso medicinal com plantas é mais praticado nos países em desenvolvimento como o Brasil e, em comunidades mais tradicionais. Isso pode ocorrer devido ao alto custo de medicamentos alopáticos, à transmissão de conhecimentos populares via oral e à dificuldade de uma boa assistência médica^{3,4}. Por outro lado, há um crescente aumento do uso de plantas medicinais nos países desenvolvidos também, tornou-se modismo o consumo de produtos naturais, tendo uma falsa ideia de que estes são mais seguros e menos agressivos do que a medicação alopática⁵.

A importância das plantas medicinais é um fato. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em meados da década de 1990 cerca de 65-80% da população dos países em desenvolvimento dependiam das plantas medicinais como único meio terapêutico, pois haviam dificuldades nos acessos aos centros de atendimentos hospitalares, aos exames e aos medicamentos básicos. O custo elevado dos medicamentos sintéticos também influencia de forma considerável a escolha dos produtos naturais. Por ser de fácil obtenção, e de grande tradição o uso de plantas medicinais, o que contribuem para sua utilização pelas populações carentes⁶. No Nordeste do Brasil, o uso das plantas medicinais é comum na preparação de remédios caseiros para fins terapêuticos. São livremente comercializadas em feiras, mercados populares e encontradas em quintais de residências⁷. Além do fácil preparo dos remédios caseiros, muitas vezes as plantas suprem a falta de medicamentos nos serviços de saúde⁸.

Nesse contexto, a *Chenopodium ambrosioides* L., conhecida popularmente como “Mastruz” ou “erva-de-santa-maria”, é bastante usada para fins terapêuticos em quase todas as regiões brasileiras, boa parte delas no Nordeste⁹. Essa espécie mais é cultivada em climas temperado e subtropical. As folhas são bastante utilizadas para diversos problemas de saúde. Por apresentar diversos efeitos terapêuticos, a *Chenopodium ambrosioides* L. foi incluída na Relação de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), o que incentiva mais estudos para melhorar a segurança e eficácia do uso dessa planta¹⁰.

Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos terapêuticos comprovados, por meio dos achados científicos, da *Chenopodium ambrosioides* L.

1.2 Aspectos Farmacológicos do *Chenopodium ambrosioides* L.

O *Chenopodium ambrosioides* L., mais conhecido como o “mastruz” é uma planta medicinal da classe das herbáceas, originária da América do Sul e da América Central. É bem característica pelo seu cheiro forte, conhecida e algumas regiões como planta daninha. Suas folhas e frutos desenvolvem um óleo essencial rico em ascaridol, uma substância que possui ação anti-helmínticos para as plantas¹¹. Tem crescimento rápido e espontâneo em regiões com climas tropicais, subtropicais (principalmente América e África) e temperados (desde o Mediterrâneo até a Europa Central)¹². Seu desenvolvimento no Brasil é bem extenso, com surgimento em quase todo o território. A espécie é uma planta herbácea anual ou perene, que atinge até 1 m de altura, em média, sendo bastante ramificada. As folhas são alongadas, alternas, pecioladas, de tamanhos distintos, onde as menores ficam localizadas na parte superior da planta. As flores são pequenas, verdes, dispostas em espigas axilares densas. Produz sementes esféricas diversas, pretas e ricas em óleo^{13,14}.

Esta planta possui um bom desenvolvimento quando é composta por um local bem iluminado e se tornam aparentes em regiões onde a época são de dias longos e seu florescimento é estimulado por dias curtos. Apresenta, especialmente nas folhas, pêlos vesiculosos que encerram um líquido de odor forte e desagradável. A intensidade dos pêlos depende da variedade e das condições do clima. Em épocas de climas mais seca a planta reabsorve esse líquido. Flores pequenas e verdes aparecem em panículas no verão, seguidas por frutos verde marrom, contendo uma única semente preta¹⁵.

Pertencente à família *Chenopodiaceae*, que se encontra distribuída na área do Mediterrâneo Oriente, e conhecida popularmente como mastruço, mastruz, erva-de-santa-maria, apresenta grandes propriedades biológicas que são frequentemente

usadas e muito difundidas de forma empírica em tratamentos na medicina popular para humanos, como febrífugo, antiespasmódico, tônico, auxiliar da digestão, cicatrizante, antirreumático, antipirético, antimicrobiano, fungicida, vermífugo, antiúlcera^{16,17}.

1.3 Aspectos terapêuticos do *Chenopodium ambrosioides* L.

O uso de *C. ambrosioides* para tratamento medicinal foi relatado pela primeira vez na literatura europeia no século XVIII, quando um botânico sueco chamado Peter Kalm reporta o uso da planta pelos nativos e pelos europeus nas colônias americanas para o tratamento do verme intestinal *Ascaris* sp. Talvez essa seja a planta mais conhecida pelos indígenas americanos com propriedade anti-helmíntica¹⁸. Por se tratar de uma planta com ampla distribuição, por muitas regiões do planeta, o *Chenopodium ambrosioides*, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das plantas medicinais mais utilizadas em todo o mundo¹⁹.

Segundo Sarti e Carvalho cerca de 70 a 80% da população dos países do terceiro mundo não têm acesso à assistência farmacêutica adequada, onde surge necessidade em se inspirar na natureza e de utilizar substâncias de defesas inata das plantas medicinais²⁰.

No Brasil, o uso da flora no tratamento de diversas patologias é conhecido desde a mais remota antiguidade, porém, em meados do século XIX, as plantas medicinais foram deixadas de lado, perdendo um pouco sua importância e passaram a ser utilizadas como terapia alternativa. Dentre a população brasileira, há uma maior demanda pelo uso de fitoterápicos por uma população carente e de origem rural²¹.

Estudos realizado por Ketzis et al., apresentou que a utilização do óleo é eficaz ao controle de larvas infectantes de *Haemonchus contortus* em pastagens, todavia, o controle de parasitos adultos é praticamente ineficaz devido à toxicidade do óleo essencial²².

Segundo Martins et al., a utilização do óleo é eficaz na diminuição dos problemas gerados pelos parasitos. Sendo assim, o uso do mastroz, é indispensável se levado em consideração a precária condição sanitária e a baixa condição financeira de boa parte da população do país. Vale ressaltar que o mastroz pode proporcionar uma medida alternativa de controle de parasitos tendo em vista o atual problema de resistência dos enteroparasitos aos diversos fármacos alopáticos²³.

2. MATERIAL E METODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de uma busca nas bases de dados elegíveis (Lilacs, Pubmed e Google acadêmico), utilizando a combinação de termos indexados em português para as seguintes palavras ou frases: “mastroz”, “efeitos do mastroz”. Os critérios de inclusão foram artigos de revisão, publicados entre 2010 e 2020 (últimos 10 anos) e artigos completos disponíveis. Como critérios de exclusão foram desconsiderados os artigos que não apresentavam relação com o tema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Propriedades antiparasitárias

Segundo Fidalgo et. Tal, o óleo essencial retirado das partes aéreas, ou seja, das folhas do *Chenopodium ambrosioides* mostrou uma atividade promissora frente à *Trichomonas vaginalis*, com uma concentração inibitória mínima de 25 mg/ml²⁴.

Conforme investigação de Borges et al., a atividade tripanocida do óleo essencial de *Chenopodium ambrosioides* de outras cinco espécies testadas, todos mostraram efeito inibitório sobre as formas epimastigotas, sendo o de *C. ambrosioides* mais efetivo, com IC50 (concentração de inibição a 50%) de aproximadamente 21,3 µg/ml²⁵.

De acordo com Monzote et al., foram avaliadas as utilidades da combinação do óleo essencial das partes aéreas de *C. ambrosioides* com drogas usadas atualmente sobre as formas de parasitas de *Leishmania amazonenses*. Verificou-se uma atividade em conjunto entre o óleo e pentamidina. Contudo, foi encontrado um efeito indiferente na combinação com atimoniato de meglumina e com anfotericina B²⁶.

Diferentes meios de administração do óleo essencial retirados das partes aéreas da espécie foram usados em camundongos infectados com *Leishmania amazonensis* também foram estudadas. A administração do óleo por via da cavidade abdominal preveniu a lesão e diminuiu a carga do parasita nos camundongos. A administração oral retardou a infecção quando comparada com o grupo controle, mas foi menos efetiva do que a via da cavidade abdominal. A administração no local da lesão não mostrou atividade²⁷.

Um estudo realizado no Laboratório de Fisiologia Aplicada à Piscicultura (LAFAP) do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, localizada em Manaus – AM. Onde o objetivo foi o de avaliar a eficácia *in vitro* e *in vivo* do extrato aquoso de mastruz, *Chenopodium ambrosioides*, no controle de ectoparasitas monogenéticos do tambaqui, uma vez que não há trabalhos que utilizem em modelo experimental este produto como forma de tratamento ou como profilático em peixes. Os espécimes de tambaqui foram adquiridos em piscicultura comercial no município de Itacoatiara (AM) e transportados ao Laboratório. Foram feitos dois ensaios, *in vitro* e *in vivo*, para análise da eficácia do extrato aquoso do mastruz na ação anti-helmíntica para controle de parasitas. No teste *in vitro* coletaram as brânquias do tambaqui infectadas por parasitas, as quais foram expostas às concentrações de 0; 0,65; 1,3; 2,6; 3,9 e 5,2 ml/L por tempo suficiente até a obtenção de 100% de mortalidade dos parasitas. Após resultados, foi demonstrado que a concentração de 2,6 ml/L em 60 min de exposição *in vitro* foi a mais eficiente contra os parasitos, confirmando a eficácia do extrato aquoso de matruz como anti-helmíntico. O teste *in vivo* foi realizado através de banhos terapêuticos de curta e longa duração, foi analisada a eficácia abaixo de 60%, sendo a concentração de 3,9 ml/L a mais eficiente no controle dos parasitos, apresentando eficácia de 46,8% ao final de 60 min e de 54,4% ao término de 24h. Com estes resultados conclui-se que a concentração 3,9 ml/L durante 60 minutos é a mais indicada para o controle de parasitas em tambaqui, levando em consideração os aspectos toxicológicos do produto e sua eficácia contra os monogenéticos²⁸.

3.2 Propriedades anti-inflamatórias e cicatrizantes

Algumas plantas vegetais são conhecidas por serem ricas em flaconóides, alcaloides e compostos fenólicos, que possuem a função de agir na inibição das enzimas ciclocigenase e s-dipocigenase, impedindo a ação metabólica das prostaglandinas e do ácido araquidônico, promovendo os efeitos anti-inflamatórios²⁹.

Os flavonoides além de sua ação sobre as prostaglandinas, estes parecem ter ação parcial sobre o sistema antioxidante, a alta produção de ácido ntrico (NO), e os radicais do oxigênio, que atua diretamente nos diversos modelos de inflamação³⁰.

Os terpenos também fazem parte dos grupos químicos das plantas medicinais que possuem efeito anti-inflamatório, que atuam também na inibição das prostaglandinas³¹.

Segundo pesquisas desenvolvidas por Sérvia et al., (2011) e Grassi et. al., (2013), o *Chenopodium ambrosioides* apresentou efeito cicatrizante em modelos de feridas cutâneas³².

De acordo com Calixto e Siqueira Jr. (2008), atualmente no Brasil estima-se que 30% dos medicamentos utilizados derivam de produtos naturais. (Moraes et. al., 2013).

Conclui-se que a propriedade farmacodinâmica anti-inflamatória e cicatrizante dos produtos naturais vem sendo testada em vários tipos de tecidos^{33,34}.

Em um estudo realizado no laboratório de imunofisiologia (LIF) do Departamento de Patologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e no Laboratório de Fitofármacos, do Departamento de Farmácia do CCBS e UFMA. Foram utilizados 36 ratos para o experimento, onde foram coletadas folhas da parte aérea da planta *Chenopodium ambrosioides*, secas em estufa a 39° e em seguida trituradas em moinho de facas. Os animais foram separados em 3 grupos, denominados grupos controle, grupo mastruz e grupo pirocicam, onde passaram por cirurgia de cistotomia. No tratamento os animais do grupo controle receberam 1ml/kg de solução PBS, os do grupo mastruz, 5mg/kg de solução de EHA de *Chenopodium Ambrosioides*, a 5mg/ml e os do grupo pirocicam, 0,3 mg/kg de solução pirocicam (Feldene), na concentração de 0,3mg/ml. Concluíram que o *Chenopodium ambrosioides* apresenta alternativa terapêutica futura no pós-operatório de cirurgia da vesícula, potencializando a atividade anti-inflamatória e antifibrótica em modelos de cicatrização³⁵.

Em um estudo realizado no Biotério da Faculdade Integral Diferencial – FACID (Teresina-PI), onde para obtenção de dados sobre cicatrização de feridas com a utilização do extrato de *Chenopodium ambrosioides* (mastruz) e cobertura secundária estéril de gaze em ratos. Foram utilizados 45 ratos Wistar, onde foram divididos em três grupos. As feridas dos animais foram tratadas da seguinte forma: no grupo 1, com solução salina 0,9%; no grupo 2, com o extrato do mastruz, e no 3, com o extrato do mastruz e com cobertura secundária estéril de gaze. As lesões foram avaliadas no 4º, 7º e 14º dia do pós-operatório. Notou-se maior contração da ferida nos animais tratados com mastruz sem cobertura no 4º e 7º dia. No 14º dia, não houve diferença significativa da contração das áreas lesionadas e os achados histológicos exibiram moderada inflamação, maior organização da matriz e cicatrização parcial das lesões de todos os grupos. Este Artigo concluiu que, cicatrização de feridas cutâneas abertas em ratos tratadas com extrato aquoso do mastruz sem a utilização de cobertura secundária estéril de gaze foi otimizada nas suas fases iniciais, e que o extrato aquoso da planta *Chenopodium ambrosioides* (mastruz) favoreceu a cicatrização de feridas cutâneas abertas em ratos³⁶.

Tabela 1. Artigos identificados nas bases de dados elegíveis.

Procedência	Título do artigo	Periódico	Considerações temática
Google Acadêmico	Efeito anti-inflamatório do extrato hidroalcoólico de folhas de <i>Chenopodiumambrosioides</i> L. na bexiga de ratos submetidos a cistotomia/	TEDE Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações UFMA, publicado em 2014.	Concluíram que o <i>Chenopodiumambrosioides</i> apresenta alternativa terapêutica futura no pós-operatório de cirurgia da vesícula, potencializando a atividade anti-inflamatória e antifibrótica em modelos de cicatrização
Google Acadêmico	Efeito antibacteriano e anti-inflamatório tópico do extrato metanólico de <i>Chenopodiumambrosioides</i> L.	Fundação Oswaldo Cruz. Farmanguinhos. Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde. Publicado em 2015.	Este artigo concluiu que, a espécie <i>Chenopodiumambrosioides</i> L., apresentou atividade moduladora e antiedematogênica, podendo associar o conhecimento observacional e experimental às propriedades biológicas observadas nessa pesquisa, podendo ser importante para futura validação dessas propriedades medicinais.
Google Acadêmico	O uso de plantas medicinais utilizadas por frequentadores dos ambulatórios de Santa Marcelina, Porto Velho - RO	Unicesumar. Revista Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 1, p. 55-63, jan./abr. 2014 - ISSN 1983-1870. Publicado em 25 de março de 2014.	A pesquisa demonstrou que boa parte da população entrevistada acredita na eficácia, no uso das plantas com efeitos medicinais, desde que, utilizadas corretamente. Concluiu-se que essas plantas são utilizadas principalmente para fins terapêuticos de baixa gravidade.
Google Acadêmico	Estudo farmacognóstico de <i>Chenopodiumambrosioides</i> L. (Chenopodiaceae)	Universidade Federal De Pernambuco Centro Da Ciências Da Saúde Departamento De Ciências Farmacêuticas. Publicado em 2013.	Os resultados obtidos fornecem informações relevantes para a identificação e controle de qualidade da espécie, já que a planta não apresenta monografia nos códigos atuais.
LILACS	Cicatrização de feridas com a utilização do extrato de	Revista Conscientiae saúde (Impr.), 2011;10(3):441-448.Base de dados: LILACS.	O extrato aquoso da planta <i>Chenopodiumambrosioides</i> (mastruz) favoreceu a cicatrização de feridas

	<i>Chenopodium ambrosioides</i> (mastruz) e cobertura secundária estéril de gaze em ratos.	Publicado em 25 de agosto de 2011.	cutâneas abertas em ratos.
LILACS	Efeito Do Extrato De Mastruz Em Culturas De <i>Staphylococcus aureus</i> E <i>Escherichia coli</i> .	Universidade do Estado do Pará/BR Revista Paraense de Medicina V.21 (1) janeiro-março 2007.	O crescimento das culturas de <i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Escherichia coli</i> não foi inibido pelo extrato de mastruz empregado no estudo.
VETTESE S	O uso de extrato aquoso do mastruz (<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.) No Controle De Monogenoides (PLATHYHELMINT HES) Em Juvenis De Tabaqui <i>Colossoma macropomum</i> (Cuvier, 1818).	Universidade Nilton Lins Instituto Nacional De Pesquisas Da Amazônia. Base de dados: VETTESES. Lins; s.n; 01/07/2012. 89 p. Tese em Português VETTESES ID: vtt-13. Publicado em 2012.	Com estes resultados conclui-se que a concentração 3,9 ml/L durante 60 minutos é a mais indicada para o controle de parasitas em tabaqui, levando em consideração os aspectos toxicológicos do produto e sua eficácia contra os monogenéticos.

Conclusão

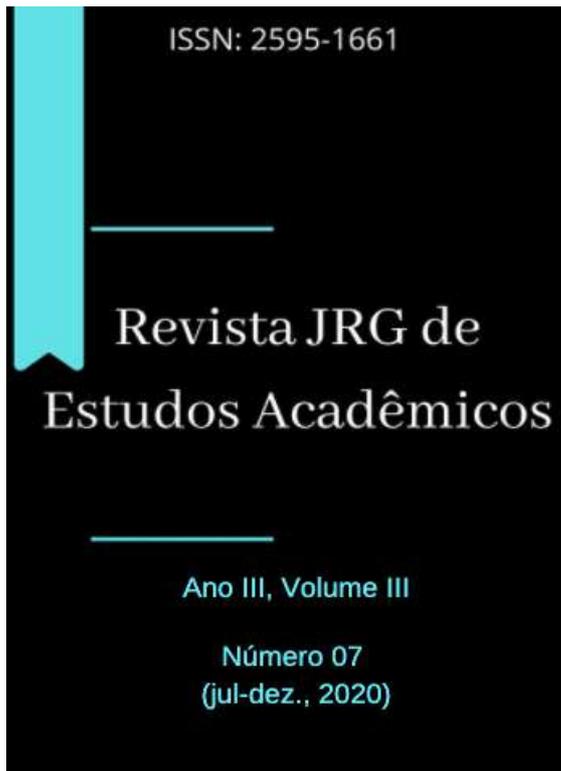
Diante do exposto, nota-se que o estudo das plantas medicinais não é apenas uma prática baseada em conhecimentos populares. Neste estudo podemos observar que existem comprovações científicas dos efeitos terapêuticos da *Chenopodium ambrosioides* L. Estudos mais aprofundados serão necessários no decorrer do tempo para melhor entendimento sobre a ação desta planta como, antiparasitária, cicatrizante e anti-inflamatória. Por este motivo é importante conhecer entender sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais, para que existam estudos mais detalhados, e que possam proporcionar uma eficácia no tratamento de pacientes e para evitar interações medicamentosas. Portanto, o *Chenopodium ambrosioides* L., pode ser considerada uma planta vegetal com efeitos terapêuticos comprovados e de grande importância para a população.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva, A.B. et al. The use of medicinal plants for elderly users of a basic family health unit. J Nurs UFPE on line, v.9, n. 3, p.7636-7643, 2015.
- 2- Guerra, A.M.N.M. et al. Utilização de plantas medicinais pela comunidade rural Moacir Lucena, Apodi-RN. Biosci. J., Uberlândia, v.26, n.3, p.442-450, 2010.
- 3- Oliveira A, G.L. et al. Plantas medicinais utilizadas na comunidade urbana de Muribeca, Nordeste do Brasil. Acta Bot. Bras., São Paulo, v.24, n.2, p.571-577, 2010.
- 4- Brasileiro, B.G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm., São Paulo, v.44, n.4, p.629-636, 2008.

- 5- Veiga Junior, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. Rev. bras. Farmacogn. João Pessoa, v.18, n.2, p.308-313, 2008.
- 6- Veiga Junior, V. F.; Pinto, A. C. Plantas medicinais: cura segura? Química Nova, v. 28, p. 519-528, 2005.
- 7- Maciel, M. A. M. et al. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. Química Nova, v. 25, n. 03, p. 429-438, 2002.
- 8- Santos, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, v. 13, n. 04, p. 486-491, 2011.
- 9- Silva, A.B. et al. The use of medicinal plants for elderly users of a basic family health unit. J Nurs UFPE on line, v.9, n. 3, p.7636-7643, 2015.
- 10-Degenhart, R.T. et al. Characterization and evaluation of the cytotoxic potential of the essential oil of *Chenopodium ambrosioides*. Rev. bras. farmacogn., Curitiba, v.26, n.1, p.56-61, 2016.
- 11-Lorenzi, H.; Matos, F.J.A. Plantas medicinais do Brasil: Naturais e exóticas cultivadas. Nova Odessa: Instituto Plantarum de Estados da Flora, 512p. 2002.
- 12-Kismann, K. G. Plantas infestantes e nocivas. São Paulo: BASF Brasileira, 608p. 1991.
- 13-Sousa, M. P. et al. Constituintes químicos ativos e propriedades biológicas de plantas medicinais brasileiras. Fortaleza: Editora UFC, 448p. 2004.
- 14-Lima, J. L. S. et al. Plantas medicinais de uso comum no Nordeste do Brasil. Campina Grande, 81p. 2006.
- 15-Plantamed. *Chenopodiumambrosioides* L. - ERVA-DE-SANTA-MARIA. 2013. Disponível em: <http://plantamed.com.br/plantaservas/especies/chanepodiumambrosioides.htm>. Acesso em: 15 de abril 2020.
- 16-Cunha, M. A. *Anestesia em jundiás (Rhamdiaquelen) expostos a substâncias isoladas de plantas*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Rurais/ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul. 65pp, 2007.
- 17-Sérvio, E. M. L.; Araújo, K. S.; Nascimento, L. R. S.; Costa, C. L. S.; Mendes, L. M. S.; Filho, A. L. M. M.; Santos, Í. M. S. P. 2011. Cicatrização de feridas com a utilização do extrato de *Chenopodiumambrosioides(mastruz)* e cobertura secundária estéril de gaze em ratos. *ConScientiae Saúde*, 10(3): 441-448, 2011.
- 18-Kliks, M. M. Studies on the traditional herbal anthelmintic *Chenopodium ambrosioides*L.: ethnopharmacological evaluation and clinical field trials. *Social Science & Medicine*, v. 21, n. 8, p. 879-886, 1985.
- 19-Lorenzi, H.; Matos, F. J. A. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas. São Paulo: Plantarum, 2002. 512p.
- 20-Sarti, S.J.; Carvalho, J.C.T.; In: Carvalho, J.C.T. Fitoterápicos Anti-Inflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas. Fitoterapia e fitoterápicos. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2004. 13-38 p.
- 21-Busnardo, C.A. et al. Diagnóstico do uso de fitoterápicos em animais de pequeno porte na cidade de Alegre-ES. *Veterinária Ser*, v.1, n.1, p.4-11. jul. 2004.
- 22-Ketzis, J. K. et al. *Chenopodiumambrosioides* and its essential oil astreatments for *Haemonchuscontortus* and mixed adult-nematode infections in goats; *Small Ruminant Research*, v 44, p. 193-200, 2002.
- 23-Martins, I.V.F. et al. O uso da Erva de Santa Maria (*Chenopodiumambrosioides* L.) no tratamento de enteroparasitoses caninas. *Veterinária Ser (Rio de Janeiro)* Rio de Janeiro, v.1, n.2, p 87-92, 2005.

- 24-Fidalgo, L. M. et al. Propiedades antiprotozoarias de aceites esenciales extraídos de plantas cubanas. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, v. 56, n. 3, p. 230-233, 2004.
- 25-Borges, A. R. et al. Trypanocidal and cytotoxic activities of essential oils from medicinal plants of Northeast of Brazil. *Experimental Parasitology*, v. 132, p. 123-128, 2012.
- 26-Monzote, L. et al. Combined effect of the essential oil from *Chenopodium ambrosioides* and antileishmanial drugs on promastigotes of *Leishmania amazonensis*. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 49, n. 4, p. 257-260, 2007a.
- 27-Monzote, L. et al. Activity, toxicity and analysis of resistance of essential oil from *Chenopodium ambrosioides* after intraperitoneal, oral and intralésional administration in BALB/c mice infected with *Leishmania amazonensis*: A preliminary study. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 61, n. 2-3, p. 148-153, 2007b.
- 28-Monteiro, Patrícia Castro. O uso do extrato aquoso de mastruz (*Chenopodium ambrosioides* L.) no controle de monogênios (Platyhelminthes) em juvenis de tambaqui *Colossoma macropomum* (Cuvier, 1818) / Patrícia Castro Monteiro. - Manaus: UNL/INPA, 2012. 76f.; 30 cm.
- 29-Calixto, J. B.; Otuki, M. F.; Santos, A. R. S. Anti-inflammatory Compounds of planta origin. Part I. Action on arachidonic acid pathway, nitric oxide and nuclear factor B (NF-κB). *Planta médica*. Vol. 69, pag. 973-983, 2003.)
- 30-Cuzzocrea, S.; Zinzgarelli, B.; Hake, P.; Salzman, A. L.; Szabo, C. Antiinflammatory effects of mercaptoethylguanidine a combined inhibitor of nitric oxide synthase and peroxynitrite scavenger in carrageenan-induced models of inflammation. *Free Radical Biology and medicine*. Vol. 24, p. 450-459, 1998.
- 31-Oliveira Junior, J.; Serrano, S.; Teodoro, A.; Dana, B. Os anti-inflamatórios não hormonais. *Revista Prática Hospitalar*. Vol 09, p. 173-178, 2007.
- 32-Sérvio, E. M.; Araújo, K. S.; Nascimento, R. S.; Costa, C. L.; Mandes, L. M.; Maia Filho A. L. et al. Cicatrização de feridas com a utilização do extrato de *Chenopodium ambrosioides* (mastruz) e cobertura secundária estéril de gaze em ratos. *ConScientiae Saúde*. Vol. 10, n. 3, pag. 441-448, 2011.
- 33-Calixto, J. B.; Siqueira Jr, J. M. Desenvolvimento de medicamentos no Brasil: Desafios. *Gazeta Médica da Bahia*. Vol 78, p. 98-106, 2008.
- 34-Moraes, D. C.; Barros, P. O.; Tamos, E. F.; Zuim, N. R. B. Ação cicatrizante de substâncias ativas: D-pantenol, óleo de girassol, papaína, própolis, e fator de crescimento de fibroblastos. *FOCO*. Vol. 4 p. 83-98, 2013.
- 35-Sousa, Jandrey Paulo Julião. Efeito anti-inflamatório do extrato hidroalcolico de folhas de *Chenopodium ambrosioides* L. na bexiga de ratos submetidos a cistotomia/ Jandrey Paulo Julião de Souza- 2014. 63f.
- 36-Sérvio EML et al. Cicatrização de feridas com a utilização do extrato de *Chenopodium ambrosioides* (mastruz) e cobertura secundária estéril de gaze em ratos. *Universidade Nove de Julho São Paulo, Brasil. ConScientiae Saúde*, 442 2011;10(3):441-448.



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: **26/10/2020**

Data de reformulação: **02/11/2020**

Data do aceite: **10/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4271899>

Publicado: **2020-11-13**

ENDOMETRIOSE: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM EM SEU CUIDADO

ENDOMETRIOSIS: CONTRIBUTION OF NURSING IN YOUR CARE

Gislaine Vieira Araújo¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²

RESUMO

Objetivo: Investigar a contribuição da enfermagem no cuidado de pacientes portadoras de endometriose. **Metodologia:** O método escolhido para a realização do presente estudo consiste em uma revisão sistematizada de literatura, com abordagem qualitativa, com busca nas seguintes bases de dados presentes na BVS: LILACS, MEDLINE e BDNF. Selecionaram-se artigos em português e inglês, disponíveis na íntegra e publicados entre 2010 e 2020. **Resultados:** Após a análise dos 89 artigos encontrados inicialmente, foram selecionados 12 para compor a amostra final. Com os artigos analisados, foi observado a importância da equipe de Enfermagem no cuidado da portadora de endometriose, assim como a dificuldade desses profissionais reconhecerem o seu papel no cuidado dessas mulheres. Constatou-se a importância de uma equipe multiprofissional para o cuidado biopsicossocial da mulher. Além disso, enfatizou-se o impacto que a doença ocasiona na qualidade de vida da portadora, como ansiedade, infertilidade e sintomas depressivos. **Conclusão:** Evidencia-se a importância de realização de estudos de campo, para compreender quais os protocolos atuais que a equipe de Enfermagem tem seguido para prestar atendimento à portadora de endometriose.

¹ Graduanda em Enfermagem na Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Palavras-chave: Endometriose. Enfermagem. Enfermeiro. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To investigate the contribution of nursing in the care of patients with endometriosis. **Methodology:** The method chosen to carry out the present study consists of a systematic review of the literature, with a qualitative approach, searching the following databases present in the VHL: LILACS, MEDLINE and BDNF. Articles were selected in Portuguese and English, available in full and published between 2010 and 2020. **Results:** After analyzing the 89 articles found initially, 12 were selected to compose the final sample. With the analyzed articles, the importance of the Nursing team in the care of patients with endometriosis was observed, as well as the difficulty of these professionals to recognize their role in the care of these women. The importance of a multidisciplinary team for the biopsychosocial care of women was found. In addition, the impact that the disease has on the patient's quality of life was emphasized, such as anxiety, infertility and depressive symptoms. **Conclusion:** The importance of conducting field studies is evident, in order to understand which current protocols the Nursing team has followed to provide care to patients with endometriosis.

Keywords: Endometriosis. Nursing. Nurse. Nursing Assistance.

1. INTRODUÇÃO

A Endometriose é uma doença que afeta diversas mulheres em idade reprodutiva. De acordo com alguns estudos, esta doença é responsável pela infertilidade de 20 a 50% das mulheres inférteis¹⁻². É uma doença inflamatória caracterizada pelo crescimento do tecido que reveste o útero (tecido endometrial) fora da cavidade uterina, podendo estar presente nos ovários, nas tubas uterinas ou no intestino. Pode estar presente, também, no pericárdio, na pleura e no sistema nervoso central, embora seja raro¹.

As manifestações clínicas da doença variam de mulher para mulher, pois muitas são assintomáticas, queixando-se apenas de dificuldades em engravidar, uma vez que a endometriose pode levar à infertilidade¹. No entanto, muitas mulheres sentem os sintomas ocasionados pela endometriose, e o principal que a leva a procurar ajuda médica é forte dor pélvica. Além desse sintoma, outros podem aparecer, como: dismenorreia severa, dor no período ovulatório, dores durante a relação sexual, fortes cólicas antes e durante o período menstrual, dores no momento da evacuação e ao urinar durante o período menstrual, infertilidade e fadiga crônica^{1,3}. Apesar desses sintomas serem muito característicos da endometriose, eles podem estar presentes em outras doenças como a cistite, neoplasias, síndrome do cólon irritável e aderências, dificultando o diagnóstico^{1,4}.

Embora a realização de exames de imagem e laboratoriais predizerem, muitas vezes com confiança em seus resultados, se a mulher tem ou não endometriose, para um diagnóstico mais preciso, é indicado que se faça uma videolaparoscopia¹. É importante ressaltar que os exames clínicos e laboratoriais são de extrema importância para que o diagnóstico seja dado e o tratamento seja iniciado. Geralmente a laparoscopia é mais indicada em casos mais graves⁴. Indica-se a laparoscopia, pois a sua eficácia é inquestionável, ela permite uma nítida visão da pelve e das lesões endometrióticas da paciente².

Os exames de imagem mais comuns para a realização do diagnóstico da endometriose são o ultrassom transvaginal e a ressonância magnética. Outros

exames podem ser realizados, como a colonoscopia, o enema opaco e a tomografia computadorizada. A escolha o exame é realizado conforme avaliação médica⁴.

A escolha do tratamento vai de acordo com a queixa da paciente e os resultados do exame. Os principais tratamentos indicados são o clínico medicamentoso, a realização da cirurgia ou a conjugação dos dois. O tratamento medicamentoso, geralmente é a primeira opção, pois é o menos invasivo. Ele é realizado, inicialmente, com anticoncepcionais orais e caso não se obtenha sucesso, é indicado a administração de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH)^{1,2}.

O tratamento cirúrgico pode ser de alta ou de baixa complexidade. Nos procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, pode ocorrer a realização de cauterizações de focos superficiais. Já nos procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, pode ocorrer intervenções nos ovários, no intestino, na bexiga dentre outros órgãos¹. Com essas intervenções, busca-se a retirada da maior quantidade possível do tecido, buscando o restabelecimento da anatomia da pelve².

Para a paciente que apresenta endometriose e infertilidade e deseja engravidar, indica-se tratamentos de reprodução assistida, como a inseminação intrauterina e fertilização *in vitro*¹⁻³. Na inseminação intrauterina, os espermatozoides são inseridos diretamente no útero, já na fertilização *in vitro*, os óvulos da mulher são fertilizados com espermatozoides em ambiente laboratorial, e os embriões são inseridos no útero depois da fecundação³. Para que esses procedimentos sejam realizados, é essencial levar em consideração diferentes aspectos, como a idade da paciente, há quanto tempo é infértil, o comprometimento das trompas, dentre outros fatores que podem dificultar a mulher engravidar¹.

Este trabalho é justificado pela necessidade de construção de um estudo mais aprofundado sobre do papel da Enfermagem no cuidado dos portadores de endometriose. Quanto mais informações os profissionais dessa área tiverem melhor será a atuação destes e melhor poderão contribuir para uma melhora na qualidade de vida dessas pacientes. Dessa forma, um grande número de pessoas poderá se beneficiar do estudo, não somente as portadoras, mas também os profissionais e estudantes da área da saúde, como os enfermeiros e graduando em Enfermagem.

A presente pesquisa procurou responder a seguinte pergunta “Diante do elevado número de mulheres com endometriose, qual a contribuição da Enfermagem para o seu cuidado?”. Teve como objetivo investigar a contribuição da enfermagem no cuidado de pacientes portadoras de endometriose, compreendendo as consequências da endometriose na vida da mulher, e como a equipe de enfermagem pode na assistência oferecida à paciente e na melhora da qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com endometriose, e investigando a atuação da equipe multiprofissional no cuidado da mulher com endometriose e compreender

2. MÉTODO

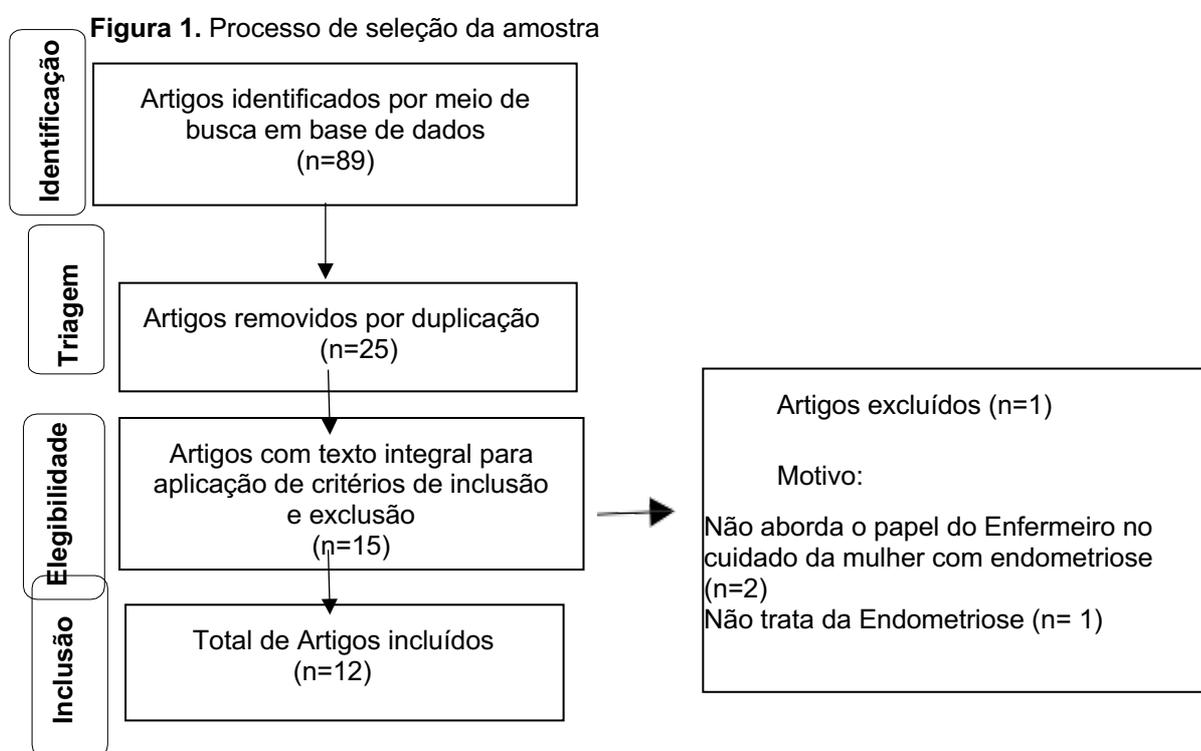
O método escolhido para a realização do presente estudo consiste em uma revisão sistematizada de literatura, com abordagem qualitativa. A revisão de literatura, consiste em “[...] um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis”⁵.

Para a elaboração da presente pesquisa foram consultadas as seguintes bases de dados, presentes na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde): LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e BDNF (Biblioteca Virtual em Salud Enfermería). Além dessas, foram utilizados estudos disponíveis da base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online).

A combinação dos descritores selecionados para a pesquisa dos artigos foram: Endometriose e Enfermagem; Endometriose e Enfermeiro e Endometriose e Assistência de Enfermagem. O período definido para a seleção dos estudos foi de 2010 a 2020. Para isso, no momento da pesquisa dos artigos, foi utilizado filtro para a delimitação do ano de publicação.

Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção dos artigos foram: tratar da endometriose, abordando o papel do profissional de enfermagem no cuidado de portadoras com endometriose; estudos em português ou em inglês e estudos publicados entre 2010 e 2020. Os critérios de exclusão foram artigos que não tratem da atuação do enfermeiro no cuidado de portadoras de endometriose ou que estejam em outra língua que não seja português ou inglês.

A seguir é apresentado um fluxograma que detalha o caminho percorrido para a seleção dos artigos:



Fonte: Dados do estudo.

2.1 Procedimentos de tratamento de dados

Inicialmente a pesquisadora combinou os descritores na base de dados escolhida e selecionou aqueles artigos que foram de encontro ao critério de inclusão a partir da leitura do título e do resumo. Em seguida, leu na íntegra os estudos com o intuito de verificar se eram relevantes para o estudo. Após chegar a uma amostra final, construiu um quadro com as características gerais do estudo, contendo: autores, ano de publicação, periódico/revista, tipo de estudo e objetivos (Quadro 1). Em seguida, construiu um segundo quadro com a sistematização dos artigos, contendo: autor, aspectos da atuação da equipe de enfermagem e aspectos da atuação multiprofissional (Quadro 2). Posteriormente, realizou uma análise detalhada de cada estudo afim de alcançar os objetivos da pesquisa.

3. RESULTADOS

A amostra final da presente revisão sistematizada, foi composta por 12 artigos. A partir dos descritores “Endometriose e Enfermagem”, foram encontrados 38 artigos; com os descritores “Endometriose e Enfermeiro”, foram encontrados 21 artigos e com os descritores “Endometriose e Assistência de Enfermagem”, foram encontrados 30 artigos, totalizando 89 estudos encontrados no banco de dados selecionado. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 15 estudos para serem lidos na íntegra. Após a leitura na íntegra, selecionou-se os 12 estudos para compor a amostra final utilizada para a realização da pesquisa.

Durante a pesquisa dos artigos, observou-se alto número de publicações em inglês que abordam temas voltados para a endometriose. Durante a seleção inicial, dos 89 artigos encontrados, 80 (89,87%), estavam em inglês, no entanto, somente três desses artigos foram selecionados para compor a amostra final, pois muitos deles não se encontraram disponíveis na íntegra, ou não abordavam o papel do enfermeiro no cuidado da portadora de endometriose. Assim, dos 12 artigos selecionados para a amostra final, nove foram artigos publicados em português e três em inglês.

O quadro 1 a seguir, traz a caracterização geral dos estudos selecionados, apontando os autores, o ano de publicação, a periódico/revista, o tipo de estudo e os objetivos:

Quadro 1- Caracterização geral dos estudos selecionados

Autores	Ano de Publicação	Periódico/ Revista	Tipo de estudo	Objetivos
Aguiar FA, Ferreira BN, Ferreira AS, Lopes TP, Marroni D, Marroni, SN	2020	Revista Unifal em Pesquisa	Revisão sistemática com abordagem qualitativa	Compreender o papel da enfermagem na assistência a mulheres com endometriose, conhecer a fisiopatologia, diagnóstico, prevenção e tratamento e identificar a relação entre infertilidade e endometriose.
Apers S, Dancet EAF, Aarts JWM, Kluivers KB, D'Hooghe TM, Nelen WLDM	2018	Reproductive BioMedicine Online	Estudo Transversal	Investigar se o cuidado da endometriose centrado no paciente está associado à qualidade de vida e à saúde.
Araujo RM, Juvino ERS, Oliveira KNO, Silva EAC, Miranda LSMV	2017	I Congresso Nacional de Práticas Educativas	Estudo Descritivo	Compreender a contribuição da educação em saúde realizada pela equipe de enfermagem a mulher portadoras de endometriose.
Daniela A, Drusyla J, Ricardo E, Araújo MZ	2017	II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde	Revisão Literária	Apresentar os aspectos da endometriose nos diferentes estágios da vida da mulher inférteis e o cuidado do profissional de enfermagem prestado a elas.
Bento PAS, Moreira MC	2014	Revista de enfermagem UFPE on line	Revisão de literatura informativa	Alertar sobre os sinais e sintomas da endometriose.
Marqui ABT	2014	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	Revisão Narrativa	Abordar aspectos gerais da endometriose, como Sintomas, Diagnóstico, Tratamento, Custos, Etiopatogenia, Fatores associados à

				endometriose e Papel da Enfermagem, Saúde da Mulher e Endometriose.
Mendonça MPF, Pereira RJ, Carvalho SSS, Barbosa JSP, Lima RM	2019	Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde	Revisão de literatura qualitativa com uma abordagem descritiva	Compreender a assistência de enfermagem prestada a pacientes com endometriose procurando conscientizar os profissionais de Enfermagem sobre a importância de sua atuação no atendimento a estas mulheres.
Nissotakis C, Zouros E, Revelos K, Sakorafas GH	2010	AORN Journal	Relato de caso e revisão da literatura	Investigar o endometrioma da parede abdominal.
Oliveira AL, Santos FML, Santos G, Silva MIN, Marques RR, Verçosa RCM	2018	Gep News	Revisão de literatura exploratória-descritiva	Compreender o acolhimento oferecido pela equipe de enfermagem às portadoras da endometriose.
Rodrigues PSC, Silva TASM, Souza MMT	2015	Revista Pró-UniverSUS	Revisão bibliográfica de caráter qualitativo	Levantar dados que contribuam com a atuação da equipe de enfermagem com portadora de endometriose.
Souza TSB, Santos NPA, Mota JLS, Silva MV, Silva NF, Santos RB	2019	Revista de enfermagem UFPE on line	Estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa	Investigar a importância da Assistência de Enfermagem no cuidado a mulheres portadoras de endometriose acometidas por depressão.
Spigolon DN, Moro CMC	2012	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa Exploratória	Elaborar um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento às Portadoras de Endometriose (CDEEPE) e representá-lo por arquétipos.

Fonte: Dados do estudo.

Percebe-se que a maioria dos artigos selecionados tiveram como objetivo principal, abordar o papel do profissional de Enfermagem no cuidado da portadora da doença.

O quadro 2 a seguir, traz a sistematização dos estudos selecionados, apontando os autores, os aspectos da atuação da equipe de Enfermagem e os aspectos da atuação multiprofissional:

Quadro 2- Sistematização dos estudos selecionados

Autores	Aspectos da atuação da equipe de Enfermagem	Aspectos da atuação multiprofissional
Aguiar FA, Ferreira BN, Ferreira AS, Lopes TP, Marroni D, Marroni SN	- Volta-se não apenas para os aspectos físicos, mas também para os emocionais; -Olhar holístico; -Contribuição para o diagnóstico precoce; -Realização de exames físicos.	
Apers S, Dancet EAF, Aarts JWM, Kluivers	- Levar a sério a demanda do paciente;	A equipe multiprofissional deve buscar melhorar o cuidado centrado no paciente,

<p>KB, D'Hooghe TM, Nelen WLDM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a todos os pacientes um pequeno cartão com o nome do médico responsável; - Fornecer folhetos informativos. 	<p>fornecendo informações e cuidados, respeitando as necessidades da paciente. Esta postura deve ser assumida por todos os membros da equipe, incluindo ginecologistas, enfermeiras e parteiras, bem como profissionais de saúde mental.</p>
<p>Araujo RM, Juvino ERS, Oliveira KNO, Silva EAC, Miranda LSMV</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promover a educação e orientação em saúde; -Minimizar os danos causados pelo diagnóstico tardio; -Contribuir na realização do diagnóstico. 	
<p>Daniela A, Drusyla J, Ricardo E, Araújo MZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Educação em saúde; -Colaborar na realização do diagnóstico; -Oferecer opções terapêuticas; -Realizar a promoção da saúde. 	
<p>Bento PAS, Moreira MC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para levantar a suspeita de endometriose durante a consulta de enfermagem; - Coletar dados ou histórico de enfermagem, levantando os sinais e sintomas da doença; - Realizar o exame ginecológico. 	
<p>Marqui ABT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer educação em saúde; - Conhecer a etiologia, a apresentação clínica, o diagnóstico e opções terapêuticas para o tratamento da doença. 	<p>É importante que a equipe multiprofissional seja composta por médicos ginecologistas, psicólogos ou profissionais da saúde mental, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeuta sexual ou psicoterapeuta. Esta equipe deve visar um atendimento holístico da paciente, visando tratar não só os sintomas físicos, mas o psíquicos também.</p>
<p>Mendonça MPF, Pereira RJ, Carvalho SSS, Barbosa JSP, Lima RM</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar diagnóstico precoce; -Voltar-se para a promoção do alívio da dor e de possíveis complicações; -Realizar um atendimento holístico, incluindo no atendimento o estado emocional da paciente e sua vida conjugal e social; - Promover ações em saúde que favoreçam o diálogo. 	
<p>Nissotakis C, Zouros E, Revelos K, Sakorafas GH</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados perioperatórios: ensino ao paciente medidas para prevenir infecção do sítio cirúrgico e hipotermia inadvertida; - Garantia de disponibilidade de suprimentos (por exemplo, enxerto para reparo da parede abdominal, se necessário); - Gerenciamento da dor pós-operatória. 	

Oliveira AL, Santos FML, Santos G, Silva MIN, Marques RR, Verçosa RCM	<ul style="list-style-type: none"> -Esclarecer a importância de uma rede de apoio; -Realizar triagem e avaliação da mulher; -Promover a educação e orientação em saúde; -Buscar amenizar o sofrimento da paciente a partir do acolhimento. 	
Rodrigues PSC, Silva TASM, Souza MMT	<ul style="list-style-type: none"> -Fornecer educação, orientação e apoio, buscando contribuir no alívio das consequências da doença. 	
Souza TSB, Santos NPA, Mota JLS, Silva MV, Silva NF, Santos RB	<ul style="list-style-type: none"> - Ter um olhar holístico, focando não apenas nos exames físico e laboratoriais, mas também, nos sintomas emocionais; -Avaliação e triagem realizada pelo enfermeiro facilita o diagnóstico; - Voltar-se para a promoção da educação, para a orientação e para o apoio; - Incluir ações de cuidado para promover autonomia, conhecimento e empoderamento das portadoras. 	A equipe multiprofissional deve buscar realizar uma abordagem individualizada, visando reduzir os sintomas, a progressão da doença e promover a qualidade de vida da mulher.
Spigolon DN, Moro CMC	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o processo de diagnóstico; - Realizar uma avaliação e triagem adequada; - Oferecer a paciente educação, orientação e apoio; - Contribuir para a amenização das consequências da doença; - Oferecer cuidados holísticos e pré-operatório. 	O cuidado da endometriose deve ser realizado a partir de uma equipe multidisciplinar.

Fonte: Dados do estudo.

De acordo com a Quadro 2, é possível observar que todos os estudos abordaram os aspectos da atuação da equipe de Enfermagem. Nota-se que é consenso entre os estudos a importância de oferecer à paciente educação, orientação e apoio. Três estudos, abordaram sobre a importância de o enfermeiro realizar a triagem da paciente^{11,12,18}. Além disso, foi destacado a importância dessa equipe: Fornecer folhetos informativos⁶; Realizar o exame ginecológico⁷; Ensinar a paciente medidas para prevenir infecção do sítio cirúrgico e hipotermia inadvertida¹⁰; Oferecer cuidados holísticos e pré-operatório^{8,11,12,17}; Facilitar o processo de diagnóstico^{8,12,15,16}; Oferecer opções terapêuticas¹⁶; Promover ações em saúde que favoreçam o diálogo¹⁷; Esclarecer a importância de uma rede de apoio¹⁸ e contribuir no alívio das consequências da doença¹⁹.

Sobre os aspectos da atuação da equipe multiprofissional, quatro estudos abordaram este assunto, pontuando que o cuidado da endometriose deve ser realizado com a contribuição de uma equipe multidisciplinar^{6,9,11,12}. Dois estudos apontaram que diferentes profissionais devem estar presentes nesta equipe, como ginecologistas, psicólogos ou profissionais da saúde mental, fisioterapeutas,

enfermeiros, terapeuta sexual ou psicoterapeuta^{6,9}. Três artigos destacaram a importância de realizar um atendimento individualizado com cada paciente que procura assistência, pois cada uma possui necessidades específicas e convive com a doença de forma diferentes^{6,9,11}.

4. DISCUSSÃO

4.1 Endometriose e qualidade de vida

Enfatizou-se, em alguns estudos, que a endometriose afeta milhares de mulheres, impactando diretamente em sua qualidade de vida. Quando comparado mulheres saudáveis com mulheres portadoras da endometriose, constata-se que o nível de qualidade de vida das mulheres com a doença é mais baixo, pois ela traz efeitos negativos para o bem-estar da mulher, como ansiedade e sintomas depressivos⁶. Outros autores enfatizam que uma das causas para a diminuição da qualidade de vida das mulheres é o comprometimento da função sexual⁹.

Estes achados nos estudos selecionados, vão de encontro a ideias de outros autores, os quais concordam que a endometriose impacta diretamente na qualidade de vida de suas portadoras, influenciando os aspectos físicos, psicológicos, dentre outros¹². Muitas vezes a dor crônica e a não diminuição dos sintomas com a utilização de medicamentos ou realização da cirurgia acarretam a redução da qualidade de vida. Além disso, outros fatores podem influenciar para que essa redução ocorra, como a infertilidade, pois a maioria das mulheres portadoras de endometriose estão em idade reprodutiva e sonham em ser mãe, diante do diagnóstico veem este sonho sendo interrompido, gerando forte carga emocional. Perante essas situações, outros fatores podem ser desencadeados, como impacto no financeiro, redução das atividades, isolamento social e interferência nas relações interpessoais¹³.

Logo, a qualidade de vida da mulher com endometriose, não é influenciada apenas pela persistência dos sintomas da doença, mas também por fatores biopsicossociais. Mulheres que tem um nível socioeconômico alto, tem maior possibilidade de ter acesso a medicamentos e tratamentos mais eficientes¹³. Mulheres que dependem do serviço público de saúde, podem ter a sua qualidade de vida ainda mais afetada, pois muitas vezes as longas filas de espera para a realização de exames, consultas e cirurgia, acabam agravando o quadro da doença, podendo acarretar o comprometimento do sistema reprodutivo da mulher¹². Dessa forma, apesar da maior renda não assegurar o desaparecimento dos sintomas ou a cura da doença, ela pode favorecer na melhorara da qualidade de vida da mulher pois possibilita ter um diagnóstico mais rápido e uma assistência mais especializada¹³.

Outros autores apontaram que a melhora da qualidade de vida da mulher com endometriose está relacionamento com as condições clínicas das pacientes, assim como com a escolha do tratamento médico que será submetida¹⁶. Dessa forma, para que a mulher com endometriose tenha qualidade de vida, é necessário que os profissionais, como por exemplo, o enfermeiro, e os serviços de saúde, busquem oferecer o melhor amparo possível, contribuindo com melhoras significativas em sua qualidade de vida.

4.2 Importância da equipe de Enfermagem no cuidado das pacientes com endometriose

Todos os estudos aqui analisados, trataram da importância da equipe de Enfermagem no cuidado das pacientes com endometriose. No entanto, observou-se dificuldade na definição dos reais papéis destes profissionais no cuidado oferecido

para as portadoras da doença. Os artigos destacaram a importância geral do profissional de Enfermagem no cuidado dessas pacientes, que é a de oferecer educação, orientação e apoio para a paciente.

O profissional de Enfermagem, tem papel importante no cuidado da portadora, pois pode contribuir de forma direta na realização da triagem, facilitando o diagnóstico e a amenização dos sintomas da doença^{11,12,18}. Pode realizar, também, exames ginecológicos, identificando dores que são sinais da doença, prestando as devidas orientações para a amenização dessas consequências⁷. Quanto mais ágil for a colaboração da equipe de Enfermagem para o diagnóstico da endometriose, mais impactos positivos possibilitarão para a vida da mulher¹⁵.

Alguns estudos apontaram que há dificuldade na definição dos papéis do enfermeiro no cuidado das portadoras de endometriose, pois muitos profissionais não conhecem um protocolo específico a ser realizado com essas mulheres, aplicando o protocolo geral na assistência ao ser humano. Um dos motivos para essa dificuldade de encontrar profissionais de Enfermagem voltados para o atendimento da mulher com endometriose, é o direcionamento do profissional no cuidado das demandas voltadas à gravidez e ao parto^{9,12}.

Dessa forma, é importante que os profissionais da enfermagem conheçam os aspectos da doença, para conseguir atender as necessidades da paciente. É essencial que forneçam informações⁶ e ofereçam opções terapêuticas¹⁶; realizem o exame ginecológico⁷, buscando contribuir para o processo de diagnóstico^{8,12,15,16}; orientem a paciente quanto aos cuidados pós-operatórios, quando o tratamento for cirúrgico¹⁰; ofereçam cuidados holísticos e pré-operatório, olhando para além do cuidado físico, ou seja, devem-se ater, também, aos cuidados emocionais da paciente^{8,11,12,17}. Além disso, devem buscar a promoção de ações em saúde que favoreçam o diálogo¹⁷, esclarecendo a importância de uma rede de apoio¹⁸ buscando contribuir no alívio das consequências da doença¹⁹.

4.3 Atuação da equipe multiprofissional no cuidado da mulher com endometriose

Evidenciou-se, em alguns estudos, a importância de uma equipe multiprofissional na assistência prestada a portadora da doença^{6,9,11,12}. Os profissionais presentes nessa equipe, tais como ginecologistas, psicólogos ou profissionais da saúde mental, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeuta sexual ou psicoterapeuta são essenciais no cuidado da paciente^{6,9}. Observa-se, a partir da descrição dos profissionais necessários na equipe, que o cuidado oferecido a mulher vai além do cuidado físico. O que se percebe é a necessidade de um cuidado biopsicossocial, pois a doença interfere em diferentes fatores na vida da mulher, como o surgimento de sintomas psicológicos.

Diante disso, vê-se a essencialidade de ser oferecido para a mulher um suporte voltado para o seu bem-estar, sendo a equipe de enfermagem, e todos os outros profissionais envolvidos, fundamentais nesse processo, pois podem contribuir diretamente na melhora da qualidade de vida da portadora.

5. CONCLUSÃO

A realização deste artigo possibilitou a compreensão dos principais cuidados oferecidos pela equipe de Enfermagem a portadora de endometriose, como a realização da triagem, a promoção de educação, orientações para o controle da dor e a prestação de apoio. Apesar disso, observou-se dificuldade na definição dos reais papéis destes profissionais no cuidado oferecido para as portadoras da doença, visto

que muitas vezes aplicam o protocolo geral na assistência ao ser humano. Foi verificado, também, a importância de uma equipe multiprofissional em seu cuidado, devendo ter profissionais de diferentes áreas para a realização de um cuidado biopsicossocial. Além disso, evidenciou-se que a doença traz consequências para a vida da mulher, impactando não somente em seu físico, mas também em seus aspectos psicológicos.

Evidencia-se a importância de realização de estudos de campo, para compreender quais os protocolos atuais que a equipe de Enfermagem tem seguido para prestar atendimento à portadora de endometriose.

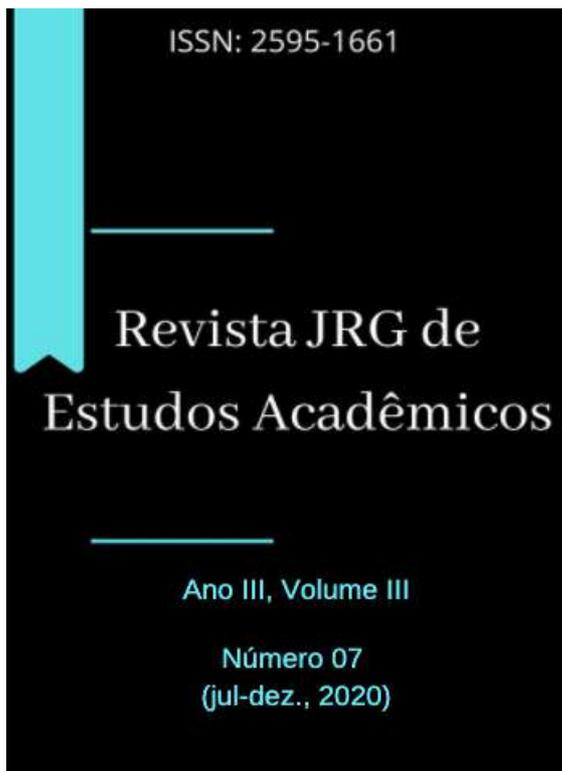
REFERÊNCIAS

1. Nácúl AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010 [citado 18 Out 2020];32(6):298-307. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>
2. Navarro PAAS, Barcelos ID, Silva JCR. Tratamento da endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet [Internet]. 2006 [citado 18 Out 2020];28(10):612-623. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001000008
3. Conceptus. Endometriose e gravidez: entenda como pode afetar a fertilidade feminina. [Internet]. Fortaleza: Conceptus Reprodução Assistida; 30 Jan 2019 [citado 23 Out 2020]. Disponível em: clinicaconceptus.com.br/endometriose-gravidez-como-afeta-fertilidade-feminina/
4. Podgaec S. Manual de Endometriose. 1ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014 [citado 23 Out 2020]. 104p. Disponível em: professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf
5. GALVÃO RF, PEREIRA MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2014 [citado 20 Out 2020];23(1):183. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>
6. Apers S, Dancet EAF, Aarts JWM, Kluivers KB, D'Hooghe TM, Nelen WLDM. The association between experiences with patientcentred care and health-related quality of life in women with endometriosis. Reprod Biomed Online [Internet]. 2018 [citado 23 Out 2020];36(2):197-205. Disponível em: <https://www.rbmojournal.com/action/showPdf?pii=S1472-6483%2817%2930605-3>
7. Bento PAS, Moreira MC. Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas. Rev. enferm. UFPE on line [Internet]. 2014 [citado 23 Out 2020];8(2):457-463. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9694/9752>
8. Aguiar FA, Ferreira BN, Ferreira AS, Lopes TP, Marroni D, Marroni SN. Assistência de enfermagem às mulheres com diagnóstico de endometriose. Revista Unifal em Pesquisa [Internet]. 2020 [citado 11 Nov 2020];10(4):73-90. Disponível em: em:

<http://pesquisa.italo.com.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=view&path%5B%5D=422&path%5B%5D=350>

9. Marqui ABT. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2014 [citado 22 Out 2020];3(2):97-105. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/809/pdf>
10. Nissotakis C, Zouros E, Revelos K, Sakorafas GH. Abdominal Wall Endometrioma: A Case Report and Review of the Literature. AORN J. [Internet]. 2010 [citado 24 Out 2020];91(6):730-42. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2010.01.014>
11. Souza TSB, Santos NPA, Mota JLS, Silva MV, Silva NF, Santos RB. Papel da Enfermagem frente a portadoras de Endometriose e depressão. Rev. enferm. UFPE on line [Internet]. 2019 [citado 23 Out 2020];13(3):811-818. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/238506/31585>
12. Spigolon DN, Moro CMC. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [citado 22 Out 2020];33(4):22-32. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400003
13. Silva MPC, Marqui ABT. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2014 [citado 28 Out 2020];27(3):413-421. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2932/pdf>
14. Minson FP, Abrão MS, Júnior JS, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012 [citado 28 Out 2020];34(1):11-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a03v34n1.pdf>
15. Araujo RM, Juvino ERS, Oliveira KNO, Silva EAC, Miranda LSMV. Prevenção da endometriose: A importância da prática de educação em saúde por enfermeiros. In: Anais I Congresso Nacional de Práticas Educativas; 2017 [citado 11 Nov 2020]; Campina Grande, PB. Campina Grande: Realize Editora; 2017. 1-4. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/coprecis/2017/TRABALHO_EV077_MD4_SA18_ID1136_26082017001552.pdf
16. Daniela A, Drusyla J, Ricardo E, Araújo MZ. Saúde da mulher: Endometriose: uma revisão literária. In: Anais II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde; 2017 [citado 11 Nov 2020]; Campina Grande, PB. Campina Grande: Realize Editora; 2017. 1-7. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1025_15052017231718.pdf
17. Mendonça MPF, Pereira RJ, Carvalho SSS, Barbosa JSP, Lima RM. Atuação do enfermeiro no diagnóstico precoce da endometriose. Rev. Bras. Interdis. de Saúde [Internet]. 2019 [citado 11 Nov 2020];1(2):64-68. Disponível em: <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/142/66>

18. Oliveira AL, Santos FML, Santos G, Silva MIN, Marques RR, Verçosa RCM. A importância do acolhimento da equipe de enfermagem no tratamento da endometriose. Gep News. 2018 [citado 11 Nov 2020];1(1):25-31. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/download/4678/3285>
19. Rodrigues PSC, Silva TASM, Souza MMT. Endometriose – importância do diagnóstico precoce e atuação da enfermagem para o desfecho do tratamento. Revista Pró-UniversUS. 2015[citado 11 Nov 2020];6(1):13-16. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/401/472>



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **01/11/2020**

Data de reformulação: **09/11/2020**

Data do aceite: **10/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4275851>

Publicado: **16-11-2020**

RELAÇÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO II COM A DEPRESSÃO E O TRATAMENTO COM ANTIDEPRESSIVOS

RELATIONSHIP OF DIABETES MELLITUS TYPE II TO DEPRESSION AND TREATMENT WITH ANTIDEPRESSANTS

*Francisco Felipe Almeida Rodrigues¹
Laércio Rodrigues de Brito²
Haline Gerica de Oliveira Alvim³*

RESUMO

A associação entre o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e a presença de depressão tem sido apresentada na literatura por diversos autores, os sintomas aparentes relacionados à hiperglicemia, como o cansaço excessivo e a fraqueza podem ter pontos positivos para o início dos sintomas depressivos, assim como a responsabilidade do tratamento, as restrições alimentares e os efeitos adversos no uso dos medicamentos antidepressivos. Dentre os quais destacam-se como fatores de risco comumente associado ao desenvolvimento do quadro depressivo em pacientes portadores do diabetes estão: idade, obesidade, bem como o aumento da quantidade de medicamentos em uso, como os antidepressivos. Dessa forma, o presente estudo enquadra-se como uma revisão sistemática, e busca compreender melhor sobre a relação da diabetes mellitus com a depressão e as possíveis implicações do uso de antidepressivos sobre as alterações metabólicas, especificamente, nível glicêmico. Através dos artigos analisados, pode-se considerar

¹ Graduando em Farmácia pela Faculdade Sena-Aires, FACESA, GO, Brasil.

² Graduando em Farmácia pela Faculdade Sena-Aires, FACESA, GO, Brasil.

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).

que existe uma relação entre o diabetes mellitus e aumento dos sintomas depressivos clínicos. Esta relação abrange tanto no controle metabólico quanto em aspectos adaptativos, como, fatores socioeconômicos, a não aceitação da doença, baixa escolaridade, estilo de vida, histórico familiar. Observou-se os antidepressivos da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (*ISRS*) apresentam um efeito positivo no tratamento da depressão em pacientes portadores do DM2. Os antidepressivos dessa classe mais estudados foram a Sertralina e a Fluoxetina e os mesmos foram eficazes no tratamento da depressão e uma melhora do controle glicêmico.

PALAVRAS-CHAVES: Diabetes Mellitus Depressão. Doenças Crônicas.

ABSTRACT

The association between type 2 diabetes mellitus (DM2) and the presence of depression has been presented in the literature by several authors, the apparent symptoms related to hyperglycemia, such as excessive tiredness and weakness may have positive points for the onset of depressive symptoms, as well as responsibility for treatment, dietary restrictions and adverse effects in the use of antidepressant drugs. Among those that stand out as risk factors commonly associated with the development of depressive symptoms in patients with diabetes are: age, obesity, as well as the increase in the amount of drugs in use, such as antidepressants. Thus, this study is a systematic review, and seeks to better understand the relationship between diabetes mellitus and depression and the possible implications of the use of antidepressants on metabolic changes, specifically, glycemic level. Through the analyzed articles, it can be considered that there is a relationship between diabetes mellitus and an increase in clinical depressive symptoms. This relationship covers both metabolic control and adaptive aspects, such as socioeconomic factors, non-acceptance of the disease, low educational level, lifestyle, family history. Antidepressants of the selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) class have been shown to have a positive effect on the treatment of depression in patients with DM2. The most studied antidepressants in this class were Sertraline and Fluoxetine and they were effective in treating depression and improving glycemic control.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Depression. Chronic Diseases.

1. INTRODUÇÃO

A associação entre o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e a presença de depressão tem sido apresentada na literatura por diversos autores^{1,2}, quando comparado a pessoas sem diabetes, pacientes que vivem com DM2 apresentam um risco maior de desenvolver a depressão, por mecanismos ainda não bem esclarecidos, o que motiva a necessidade de mais investigações relacionadas ao tema³. Estudos realizados levantam a questão do impacto negativo do transtorno depressivo na vida dos pacientes que já se encontram vivendo com DM2, o que pode causar um descontrole glicêmico⁴, reduzir a adesão ao tratamento⁵, comprometer as taxas de complicações do diabetes⁶, aumentar morbidades e mortalidade^{7,8}, causando aumento dos custos ao sistema de saúde e diminuição da qualidade de vida aos pacientes^{9,10}.

Alguns dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento dos sintomas depressivos em pacientes portadores do diabetes estão: idade, obesidade, bem como o aumento da quantidade de medicamentos em uso¹¹. Os sintomas relacionados às alterações na glicose, como o cansaço excessivo, podem contribuir para o início dos

quadros depressivos¹², assim como a obrigação do tratamento, somado às restrições alimentares e aos efeitos adversos dos medicamentos para o tratamento do diabetes, também podem contribuir para um impacto negativo no humor desses pacientes.

As expectativas negativas de saúde em relação ao futuro, considerando o efeito das complicações em longo prazo do diabetes, podem ser fatores facilitadores do surgimento dos sintomas depressivos¹³.

Todos os fatores supracitados podem afetar os mecanismos biológicos que envolvem a ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, o metabolismo das aminas biogênicas como a serotonina, noradrenalina e dopamina no sistema nervoso central e a síntese de citocinas pró-inflamatórias^{14,15}.

O sistema monaminérgico tornou-se atualmente o principal sistema que envolve a neurobiologia da depressão, e já existem fármacos que atuam como antidepressivos e que seus mecanismos de ação se baseiam no aumento da serotonina (5-HT) especificamente na fenda sináptica¹⁶. Entende-se que o efeito dos antidepressivos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRSS) não depende somente da ação das monoaminas, pois, uma vez que a concentração das monoaminas na fenda sináptica aumentam, logo se inicia o tratamento, porém o seu efeito terapêutico irá surgir somente semanas mais tarde^{17,18}.

Estudos realizados em roedores mostraram que os agonistas seletivos do receptor 5HT-4 apresentam efeitos terapêuticos que são relativamente rápidos (3 a 4 dias)¹⁹. O sistema serotoninérgico faz parte do desenvolvimento dos sistemas cerebrais envolvidos no ajuste emocional do ser humano adulto. As alterações serotoninérgicas em uma fase precoce do desenvolvimento podem ocasionar o surgimento de sintomas depressivos²⁰. O aumento das monoaminas na fenda sináptica pode causar alterações na neuroplasticidade decorrentes das modificações na transcrição e translação. Fato este, pode ser explicado como a provável diferença de tempo entre a tomada do antidepressivo e o seu efeito no organismo¹⁷. A neurotransmissão serotoninérgica faz parte tanto da neurobiologia de depressão quanto das alterações dos comportamentos de compulsividades, ansiedade, e participa também nas desordens neuropsiquiátricas, mudanças de humor, personalidade, esquizofrenia, desordens alimentares, e também na neurobiologia da dor^{21,22}. Pacientes depressivos sofrem redução da síntese de 5-HT e o aumento da expressão da oxidase das monoaminas a MAO-A, enzima que metaboliza as monoaminas^{23,24}.

O tratamento com antidepressivos é fundamental na terapia contra os sintomas depressivos, bem ações de estratégias psicossociais, como a psicoterapia também contribuem para o tratamento. Dados na literatura indicam que o tratamento do diabetes mellitus pode ser atrapalhado quando o paciente apresenta sintomas depressivos. Por se tratar de uma doença onde os sintomas são: tristeza, humor deprimido, perda de energia ou fadiga acentuada, isto pode fazer com que o paciente se sinta desestimulado e desista do tratamento.

De acordo com Miranda Van Tilburg um número bem expressivo dos portadores da DM2 são pessoas solteiras que não possuem conhecimento adequado sobre o quadro de sua doença, o que leva muitas delas a não aceitarem e tratarem a DM2 de forma mais adequada. No artigo de Miranda Van Tilburg, estes fatores somados a falta de entendimento de sobre a doença e suas complicações, a baixa escolaridade, dificuldades financeiras contribuem para o desenvolvimento do quadro depressivo.²⁵

2. MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de uma revisão literária de abordagem qualitativa que permite uma ampla abordagem sobre o tema exposto, proporcionando conhecimento e incorporação da aplicabilidade definição de conceitos de resultados e estudos.

Deu-se início a coleta em março de 2020, onde foram 08 meses de levantamento de dados e estudos relevantes para a pesquisa em questão. Foram considerados os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, os critérios de inclusão de artigos no presente estudo foram: artigos que abordassem a temática na língua portuguesa e língua inglesa disponíveis na integral e que atingisse o objetivo proposto, publicados entre 2010 a 2019 indexados nos bancos de dados Pubmed, Lilacs, Scielo, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), totalizando 11 artigos. Foram excluídos da pesquisa, artigos que não estavam completos na base de dados, assim como os escritos em espanhol.

Para o levantamento dos artigos foram utilizados os seguintes termos pesquisados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): Diabetes mellitus, depressão, doenças crônicas.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em, artigos que tratassem diretamente sobre os fatores desencadeantes da relação do diabetes mellitus e os sintomas depressivos, sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, e descrever, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

3. Revisão Bibliográfica

O diabetes mellitus é uma doença crônica de ordem metabólica, sendo caracterizado por hiperglicemia, ocasionado uma elevação da glicose no sangue¹⁶. É uma doença causada pela falta produção de insulina, o corpo não consegue produzir a insulina ou não consegue distribuí-la adequadamente²⁶.

De acordo com Sociedade Brasileira de Diabetes, no Brasil em 2019, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com o diabetes, o que resulta em 6,9% da população²⁷. Haviam 415 milhões de pessoas adultos vivendo com diabetes no mundo em 2015, estima-se que em 2040 esse número poderá chegar a 642 milhões, revelando que a quantidade de pessoas portadores portadoras do DM2 está aumentando no mundo todo. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, a doenças se tornou uma das maiores emergências de saúde no mundo no século XXI. Em 2015, a prevalência de pessoas adultas com diabetes no Brasil era de 10,4%, chegando a aproximadamente 14,5 milhões de pessoas adultas com a doença e as previsões para 2040 mostram que esse número pode chegar a 23,3 milhões²⁸.

A população portadora do diabetes mellitus está entre as faixas etárias de 40 a 59 anos de idade, e 46,3% destes doentes permanecem não diagnosticados²⁹. O aumento do sedentarismo, as mudanças de vida e os maus hábitos alimentares estão cada dia mais presentes na vida da população, e com isso a consequência no aumento do diabetes. Comprovando uma maior probabilidade no aumento de doenças crônicas e se tornando um grande problema de saúde pública³⁰. Além disso, de acordo com as pesquisas, umas das ocorrências mais comuns são em pessoas de baixa escolaridade, 7,5% das pessoas de poucos estudos convivem com o diabetes, contra 3,7% das pessoas com nível de escolaridade mais alto, diferença e 50%³¹.

1.2 Depressão e seus Mecanismos Fisiopatológicos

O transtorno da depressão é uma doença mental que acomete cerca de 121 milhões de indivíduos no mundo todo, e cerca de 850.000 pessoas cometem suicídio anualmente. A estimativa de depressão ao longo da vida das pessoas no geral é de 10-25% para mulheres e 5-12% para homens³².

A perturbação de desregulação disruptiva do humor (ligada as crianças), a perturbação depressiva, a perturbação de adaptação com humor depressivo e a perturbação depressiva persistente (distimia), fazem parte dos quatro principais estados depressivos. Todos estes com uma característica em comum que é a presença de humor deprimido, sentimento de vazio seguido alterações somáticas e cognitivas que afetam consideravelmente a capacidade de funcionamento do indivíduo³³.

Os sintomas relacionados a depressão incluem tanto o emocional quanto o biológico. Os sintomas biológicos estão relacionados ao retardo da ação e dos pensamentos, e os sintomas emocionais estão relacionados aos pensamentos negativos, infelicidade, pessimismo e humor depressivo. O transtorno depressivo pode ser caracterizado como um distúrbio afetivo (alterações do humor), o qual pode ser classificada como alterações livres, próxima da normalidade até a depressão mais grave. Se trata da depressão psicótica, onde ela vem acompanhada de delírios e alucinações. A depressão se tornou umas das principais causas de mortes prematuras no mundo, pacientes depressivos além de sofrerem com a doença, sofrem um alto risco de cometerem suicídio, e também com a probabilidade de morrerem de outras doenças como, cardíacas ou até mesmo de câncer³⁴. Segundo o Kessler et. al., estima-se que aproximadamente 25% das mulheres, e que cerca de 16% dos homens no mundo poderão desenvolver pelo menos algum quadro de sintomas depressivos ao longo da vida³⁵.

Os medicamentos usados para tratar os transtornos da depressão são eficazes, pois atuam-no cérebro corrigindo transmissões neuroquímicas do sistema nervoso, normalizando o estado de humor do paciente (variação entre alegria e tristeza), porém os efeitos adversos apresentados a curto e longo prazo são variados, os mais comuns são sonolência, ganho de peso, sedação, cansaço, o que varia conforme o distúrbio³⁶. As principais classes farmacológicas de antidepressivos que se destacam por apresentarem resultados eficazes no mecanismo de ação proposto, os antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), inibidores da monoamina oxidase (IMAO), e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina-norepinefrina (IRSN)³⁷.

1.3 Inibidores da Monoaminoxidase e seus efeitos farmacológicos

Os Inibidores da Monoaminoxidase (**IMAO**) fazem parte da primeira classe de fármacos com efeitos antidepressivos relativamente específicos (Moclobemida, Selegilina, Tranilcipromina)³⁸. Atualmente, não apresentam tanto utilização sendo ultrapassados por outras classes de antidepressivos, cujo seus benefícios clínicos foram considerados melhores e efeitos adversos, em geral, são menores que os dos IMAOs.

De forma geral, esses fármacos causam inibição irreversível da enzima e não existe diferença entre as duas isoenzimas principais. A descoberta de inibidores reversíveis que mostram seletividade para isozimas reacendeu o interesse por essa classe de fármacos. Apesar de vários estudos mostrarem redução da atividade da MAO plaquetária em certos grupos de pacientes depressivos, não há comprovações claras de que a atividade anômala da MAO esteja envolvida na patogênese da

depressão. O principal efeito dos IMAOs é aumentar a concentração citoplasmática das monoaminas nas terminações nervosas, sem afetar de forma expressiva os depósitos vesiculares que são liberados por estimulação nervosa³⁴.

1.4 Antidepressivos Tricíclicos e seus Mecanismos de Ação

O principal mecanismo de ação de imediato dos Antidepressivos Tricíclicos (ADTs) é bloquear o resgate das aminas pelas terminações nervosas, por competição pelo ponto de ligação do transportador de aminas. A maioria dos ADTs inibem a captura de norepinefrina e de 5-HT, mas o efeito é bem menor sobre a captura de dopamina. Sugere-se que a melhora dos sintomas emocionais reflita principalmente aumento na transmissão mediada por 5-HT, enquanto a melhora dos sintomas biológicos resulte da facilitação da transmissão noradrenérgica. A identificação se torna mais complexa pelo fato de os principais metabólitos dos ADTs possuírem uma atividade farmacológica considerável (em alguns casos mais que a do fármaco de origem) e costumarem diferir do fármaco de origem com respeito à sua seletividade pela norepinefrina/5-HT. Além de seus efeitos com relação a captura de aminas, a maioria dos ADTs tem o poder de afetar outros receptores, incluindo os receptores colinérgicos muscarínicos, os receptores de histamina e os receptores de 5-HT. Os efeitos antimuscarínicos dos ADTs não ajudam para seus efeitos antidepressivos, mas são responsáveis por vários efeitos adversos³⁴.

3.1 Diabetes Mellitus tipo II e a Depressão

Estudos mostram que existe uma relação considerável entre o diabetes mellitus e a depressão^{39,40,41,42,43}. Acredita-se que o DM2 pode causar os sintomas depressivos devido ao grande impacto da doença sobre a vida das pessoas^{16,43,44}. Os sintomas da depressão tem se mostrado um inimigo nas dificuldades enfrentadas pelo paciente portador do DM2 ao longo de sua vida, principalmente quando se trata do convívio social, pois há uma relação direta com a autoestima que está comprometida, e ao tratamento com o uso contínuo de medicações e sem os devidos cuidados com a doença. Quando se agravam, pode causar fragilidade e afetar psicologicamente os pacientes. Os pacientes diabéticos correm três vezes mais o risco de adquirirem a depressão tendo em vista a população adulta não diabética⁴⁵.

Estudos apontam que existe uma hipótese de que a depressão pode estar ligada diretamente com a resistência de insulina, causando o seu aumento, e com relação aos fatores fisiopatológicos do diabetes, os sintomas depressivos podem piorar na adesão do tratamento da doença. Esse fator pode ocorrer devido a alterações no sistema nervoso central (SNC), na qual a depressão aparece juntamente com as complicações do diabetes e a até mesmo estimular uma piora na doença. Pacientes diabéticos com sintomas depressivos apresentam uma maior resistência às medidas de tratamento de ambas as doenças. Uma má aceitação à prática do uso adequado das medicações e do autocuidado podem aumentar de fato a gravidade dos sintomas depressivos⁴⁶.

Na Dinamarca, foi realizado um estudo de coorte de base populacional de 2.454.532 adultos, incluindo 477.133 (19,4%) com depressão, 223.174 (9,1%) com DM e 95.691 (3,9%) com ambos, entre os anos de 2007 a 2013 concluiu que pacientes depressivos apresentam um maior risco de desenvolver a demência⁴⁷.

3.2 A relação Bidirecional e os Mecanismos Fisiopatológicos entre as Duas Vias DM e a Depressão.

Segundo as teorias, existe uma relação bidirecional entre a depressão e o DM2, onde aponta que o DM2 tanto pode levar ao desenvolvimento de depressão, como a depressão também pode levar ao surgimento do DM2.

De acordo com dados da literatura, observa-se a existência de um fluxo bidirecional no que tange as duas doenças diabetes mellitus e depressão, visto que tanto portadores da DM2 podem desenvolver depressão em decorrência da doença, quanto portadores de depressão podem vir a desenvolver quadro de diabetes.^{48,49,50,51}

Existe a ideia de que as respostas biológicas relacionadas aos sintomas de estresse e esgotamento podem contribuir para o desenvolvimento do diabetes em homens e mulheres de formas diferentes. Para explicar essa distinção, podemos abordar os diferentes mecanismos de enfrentamento da patologia ou respostas biológicas entre o homem e a mulher, isto surge ao longo da vida no mesmo ritmo em que os sintomas depressivos começam a predominar e mostrar padrões mais específicos, incluindo também uma resposta inflamatória e /ou descontrole do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), que contribuem para o aumento nos fatores de risco para o DM2. Embora ainda permaneça desconhecido se esta relação está realmente interligados⁵².

Somado a este fator, pode-se acrescentar a questão dos hábitos alimentares, que contribuem significativamente no desenvolvimento e resposta inflamatória no organismo do indivíduo. Segundo Rafael T. Mikolajczyk 2009., as pessoas do sexo feminino com sintomas depressivos tendem adquirir hábitos menos saudáveis (especialmente no aumento do consumo de doces) em resposta ao estresse, o que pode levar a diversas alterações devido ao aumento do nível de glicose no sangue, dentre os quais o aumento de peso, que diversos estudos já apontam como fator de risco para o desenvolvimento da DM2⁵².

Uma meta análise de revisão sistemática foi elaborado por Briana Mezuk com o objetivo de examinar as relações prospectivas bidirecionais entre depressão e diabetes tipo2. Esta pesquisa foi conduzida usando Medline para publicações de 1950 a 2007. Dois conjuntos de estimativas de risco agrupadas foram calculados usando efeitos aleatórios: depressão prevendo diabetes tipo 2 e diabetes tipo 2 prevendo depressão. A depressão está relacionada a um risco maior de 60% do diabetes mellitus. O diabetes está relacionado a um risco mais baixo de depressão. As literaturas apresentam estudos longitudinais o qual concluíram que os níveis elevados de depressão estão relacionados ao aumento significativo nas taxas de aumento do diabetes^{49,54,55}.

Outro estudo feito, demonstrou que, pacientes quando comparados a pessoas sem diabetes, aqueles portadores do DM2 apresentam 24% maior o risco de desenvolverem a depressão, esse mecanismo ainda não foi devidamente esclarecido, o que comprova uma maior necessidade de pesquisas relacionadas ao tema⁵⁰.

Amit Raval, chegou à conclusão de que um dos principais fatores de risco relacionados ao surgimento da depressão em pacientes portadores do DM2 está a idade, obesidade central, outras doenças crônicas, bem como também o aumento da quantidade de medicamentos usados, através de um estudo elaborado em um hospital na Índia, o qual foram avaliados homens e mulheres com idades variadas⁵⁶.

Os mecanismos biológicos de relação do DM2 e a depressão são extremamente complexos. Os sintomas aparentes relacionados à hiperglicemia, como o cansaço excessivo e a fraqueza podem dar início aos sintomas da depressão, assim como a responsabilidade do tratamento, as restrições alimentares e os efeitos

adversos no uso dos medicamentos, que podem contribuir de forma negativa no humor desses pacientes⁵⁵.

Entre os meses de dezembro de 2014 a maio de 2015, foi realizado um estudo observacional longitudinal, através de um questionário nos ambulatórios de psiquiatria e endocrinologia do Hospital Regional de Maringá (HUM) da Universidade de Maringá, onde foram selecionados 74 pessoas divididas em 4 grupos: grupo 1, pacientes sem DM2 e sem uso de medicamentos antidepressivos; grupo 2, pacientes sem DM2 em uso de medicamentos antidepressivos; grupo 3, pacientes com DM2 sem uso de medicamentos antidepressivos; grupo 4, pacientes com DM2 em uso de medicamentos antidepressivos. Dentre as pacientes com DM2 tratadas com medicamentos antidepressivos, o grupo 2 teve quatro pacientes tratadas com ISRS, dentre eles citalopran 20mg, paroxetina 20mg e sertralina 50mg, dez pacientes tratados com antidepressivos tricíclicos, entre eles amitriptilina 25mg, clomipramina 25mg, imipramina 25mg e 75mg e nortriptilina 25mg, duas pacientes estavam em uso de outros antidepressivos, venlafaxina 150mg e duloxetina 30mg. O grupo 4 apresentou oito pacientes em uso de ISRS, entre eles fluoxetina 20mg e sertralina 50mg e três pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos, dos quais, nortriptilina 25mg e amitriptilina 25mg.

Observou-se que o uso de antidepressivos em pacientes com DM2 ou não (grupos 4 e 2, respectivamente) diminuíram significativamente os sintomas depressivos após a primeira coleta, mostrando assim, uma eficácia dos medicamentos antidepressivos em tratar esses sintomas. Pacientes portadores do DM2 que não fazem o uso de antidepressivos (grupo 3) mantiveram os sintomas depressivos no mesmo nível ao longo das entrevistas em tão alto nível de sintomas depressivos quanto aqueles sem DM2, porém diagnosticados com depressão e em uso de antidepressivos (grupo 2). Esses resultados comprovam a ideia de que a presença de DM2 é um fator que predispõe à presença de sintomas depressivos que são consideravelmente reduzidos pelo uso de antidepressivos e há eficácia comparável entre as classes de antidepressivos, através da análise dos dados analisados⁵⁷.

Dados a este respeito também foram coletados em outro estudo realizado, também via questionários no Hospital de Santa Maria em Lisboa, Associação Portuguesa da Diabetes e Unidade de Saúde Familiar de Alfovelos, estudo este realizado por Carlos Gois em 2011, por um período de 6 meses, usando 3 meses para tratamento agudo da depressão e 3 meses para tratamento de continuação, conduzido em diabéticos tipo 2, onde foram selecionados 34 pacientes, em que 17 receberam terapia interpessoal e 17 foram medicados com Sertralina. Concluiu-se que o tratamento interpessoal (IPT) tem resultados semelhantes à medicação com Sertralina em termos de melhoria dos sintomas depressivos na diabetes tipo 2. O início do efeito da psicoterapia parece ser mais lento do que a ação da Sertralina⁵⁸.

Neste contexto, no ano de 1995 realizou-se um estudo, pelo pesquisador Patrick Lustman, no qual foram observados os efeitos da utilização da nortriptilina através de ensaios clínicos, em pacientes diabéticos ao longo de 8 semanas, e a eficácia do tratamento. Porém os autores identificaram que uma quantidade significativa de pacientes ainda apresentava sintomas depressivos. O critério utilizado para o ajuste da dosagem administrada da nortriptilina pode ter sido de fato uma crítica para este estudo. A forma de utilização da medicação para tratamento aos pacientes sendo elas laboratoriais e não clínicas podem ter levado a uma dosagem menor da medicação. O uso da nortriptilina esteve associado a alterações no controle glicêmico. A redução dos valores de hemoglobina glicada analisada em pacientes diabéticos leva a crer que o tratamento dos sintomas da depressão pode levar a uma melhora relevante do

controle metabólico. Lustman e cols concluíram que a diminuição dos níveis glicêmicos pode estar relacionada ao efeito direto da nortriptilina na depressão, apesar de ter efeito de ação antagônica direto³⁹.

Diante disto, pode se considerar que existe uma relação entre o DM2 e aumento dos sintomas depressivos clínicos. Esta relação abrange tanto no controle metabólico quanto em aspectos adaptativos, como, fatores socioeconômicos, a não aceitação da doença, baixa escolaridade, estilo de vida, histórico familiar.

Estes dados, foram colocados na Tabela 1, na qual pode-se analisar os artigos citados, e outros mais. Observe que todos estabeleceram a mesma relação discutidas neste trabalho. Os dados do trabalho foram obtidos por meio de pesquisas.

Tabela 1. Tabela composta por resultados obtidos por meio dos artigos analisados referentes à a relação do diabetes com a depressão e o uso de antidepressivos.

Artigo	Ano de publicação	Revista	Considerações
Diabetes Mellitus II e depressão – Uma Via Bidirecional.		Semantic Scholar, publicado em 2016.	Concluiu que, o uso da Sertralina mostrou-se eficaz na prevenção de recorrência de depressão em pacientes diabéticos.
Relação do diabetes mellitus com a depressão e seus mecanismos fisiopatológicos: uma revisão.		e-Revista Facitec, Vol. 11, Nº 1 (2020).	Este artigo concluiu que, Pessoas do sexo feminino estão mais pré-dispostas a terem o diabetes acompanhado da depressão, pacientes solteiros, nível de baixa escolaridade, o que dificulta a atenção médico- paciente, a não aceitação da doença também é um fator de alta influencia para tornar o paciente deprimido, pois não trata de maneira correta.
Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática		Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, Fev 2003, Volume 47 Nº 1 Páginas 19 – 29.	Conclui-se que a adesão ao tratamento da depressão contribui para a melhora dos níveis glicêmicos, melhorando assim, diversos sintomas relacionados ao Diabetes Mellitus.
Associação entre a presença de diabetes mellitus tipo 2 e sintomas depressivos: estudo observacional sobre o tratamento com antidepressivos e as alterações metabólicas.		Universidade Estadual de Maringá, publicado em 2016.	1. O DM2 está relacionado à presença de sintomas depressivos em mulheres; 2. O uso de antidepressivos, especialmente os ISRS, apresentou evidência de melhorar o perfil glicêmico das pacientes com DM2.

Assistência de Enfermagem à pacientes portadores de depressão decorrente de diabetes mellitus tipo 2.	Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Publicado em 20 de janeiro de 2020.	Este artigo concluiu que o profissional enfermeiro possui um papel fundamental quanto às complicações enfrentadas pelo paciente diabético acometido pela depressão. visto que tanto o diabetes como depressão são patologias que apresentam um índice de crescimento continuamente elevado devido ao aumento da urbanização, maior exposição à fatores de risco para o acometimento por DM.
---	--	---

CONCLUSÃO

Apesar de não termos comprovações exatas da natureza desta relação entre o DM2 e a depressão, neste artigo podemos concluir que através dos estudos avaliados os mesmos sugerem uma importante relação entre as duas patologias. As análises dos artigos estudados mostraram que, o DM2 está associado a um aumento dos sintomas depressivos, tanto clínicos quanto patológicos. É difícil estabelecer uma causa para esta relação dos sintomas depressivos, com o controle glicêmico, e as alterações do DM2. As dificuldades no diagnóstico de depressão no diabetes ainda são bem altas, em muitos casos a não aceitação da doença, e resistência do paciente em mudar o estilo de vida, como, a necessidade da prática exercícios físicos, reeducação alimentar e a adesão ao tratamento de forma correta. Tudo isso dificulta no diagnóstico. Os estudos apresentados nesta revisão nos possibilitaram entender melhor a diferença entre as classes dos antidepressivos e ação de cada um deles no organismo, principalmente do diabético. Podemos concluir que, os antidepressivos da classe dos ISRS (inibidores seletivos da recaptação da serotonina), apresentam um efeito positivo no tratamento da depressão em pacientes portadores do DM2. Os antidepressivos dessa classe mais estudados foram a Sertralina e a Fluoxetina e os mesmos foram eficazes no tratamento da depressão e uma melhora do controle glicêmico.

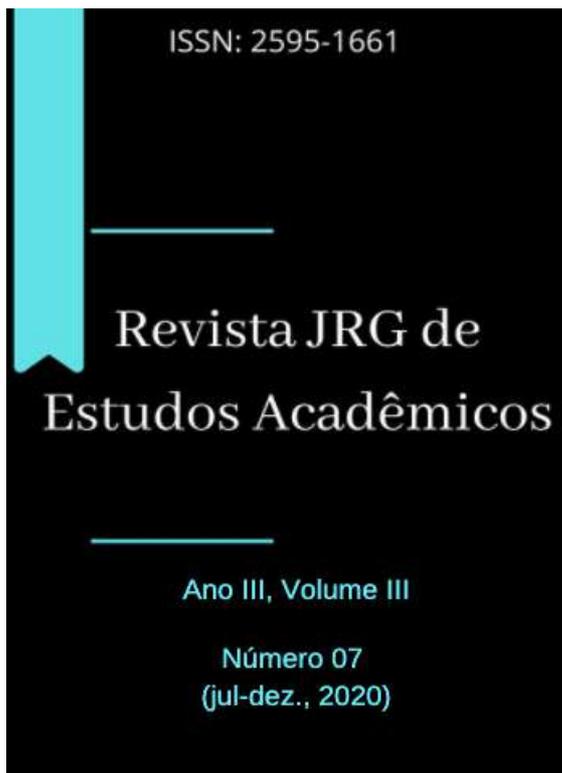
REFERÊNCIAS

1. Li C, Ford ES, Strine TW, Mokdad AH. Prevalence of depression among U.S. adults with diabetes: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Diabetes Care* 2008; 31:105–7. doi:10.2337/dc07-1154.
2. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *J Affect Disord* 2012;142:S8–21.
3. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010; 53:2480–6. doi:10.1007/s00125-010-1874-x.
4. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000; 23:618–23.
5. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care* 2007; 30:2222–7.

6. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001; 63:619–30.
7. Pan A, Lucas M, Sun Q, van Dam RM, Franco OH, Willett WC, et al. Increased Mortality Risk in Women with Depression and Diabetes Mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:42.
8. Scherrer JF, Garfield LD, Chrusciel T, Hauptman PJ, Carney RM, Freedland KE, et al. Increased risk of myocardial infarction in depressed patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34:1729–34. doi:10.2337/dc11-0031.
9. Hutter N, Scheidt-Nave C, Baumeister H. Health care utilisation and quality of life in individuals with diabetes and comorbid mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:33–5.
10. Das R, Singh O, Thakurta RG, Khandakar MR, Ali SN, Mallick AK, et al. Prevalence of Depression in Patients with Type II Diabetes Mellitus and its Impact on Quality of Life. *Indian J Psychol Med* 2013; 35:284–9.
11. Raval A, Dhanaraj E, Bhansali A, Grover S, Tiwari P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. *Indian J Med Res* 2010; 132:195–200.
12. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2013; 99:98–104.
13. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010; 53:2480–6. doi:10.1007/s00125-010-1874-x.
14. Champaneri S, Wand GS, Malhotra SS, Casagrande SS, Golden SH. Biological Basis of Depression in Adults with Diabetes. *Curr Diab Rep* 2010; 10:396–405.
15. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron* 2002; 34:13–25.
16. Dalzochio, T., Bonho, L., Feksa, L. e Berlese, D. Uma ligação entre depressão e diabete mellitus. *Revista de ciências médicas*, 23, 91-99, 2014.
17. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature*. 455(7215):894-902. 16 Oct 2008.
18. Harvey BH. Is major depressive disorder a metabolic encephalopathy? *Hum Psychopharmacol.* (5): 371-84 Jul; 23 2008.
19. Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. y Angel-González, M. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. 2005. *Revista salud pública*, 10(1), 137-149 2008.
20. Frokjaer VG, Vinberg M, Erritzoe D, Svarer C, Baare W, Budtz-Joergensen E, et al. High familial risk for mood disorder is associated with low dorsolateral prefrontal cortex serotonin transporter binding. *Neuroimage.* (2):360-6. Jun; 46 2009.
21. Brasil. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2011.
22. Frokjaer VG, Mortensen EL, Nielsen FA, Haugbol S, Pinborg LH, Adams KH, et al. Frontolimbic serotonin 2A receptor binding in healthy subjects is associated with personality risk factors for affective disorder. *Biol Psychiatry.* 63(6):569 76. 15; Mar 2008.
23. Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, J. R. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *IntJ Clin Pract.*; 61(12):2030 – 40 2007.
24. Frodl T, Reinhold E, Koutsouleris N, Donohoe G, Bondy B, Reiser M, et al. Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology.* (6): 1383-90. 35; May 2010.

25. Van TM, Mccasckill CC, Lane JD. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *Psychosom Med.* 63:551-5.; 2001.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de saúde. *Diabete (diabetes mellitus): sintomas causas e tratamentos.* Brasília (DF); 2020.
27. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2 – atualização 2011. Posicionamento oficial SBD número 3 – 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamentosbd-n-03-2011.pdf>.
28. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas update poster.* 7 th ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2015.
29. Guariguata, L.; Whiting, D. R.; Hambleton, I.; Beagley, J.; linnenkamp, U.; Shaw, J. E. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 103, no. 2, p. 137–149, Feb. 2014.
30. Corrêa K, Gouvêa GR, Silva MAV, Possobon RF, Barbosa LFLN, Pereira AC *et al.* Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos; Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Av. Limeira 901, Areião. 13414- 903 Piracicaba SP Brasil; 2015-2016.
31. Brasil. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.* Brasília, 2011.
32. Kessler RC, McGonagle K a, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):85-96. doi:10.1016/0165-0327(93)90026- G.
33. *Perturbações, DSM-V Man Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais -Am Psychiatr Assoc Climepsi Ed.* 2014.
34. H. P. Rang, J. M. Ritter, R. J. Flower, G. Henderson. *Rang&Dale Farmacologia.* 8.ed. GEN Guanabara Koogan; 12 de janeiro de 2016.
35. Kessler, R. C.; Petukhova, M.; Sampson, N. A.; Zaslavsky, A. M.; Wittchen, H.-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 21, no. 3, p. 169–184, Sept. 2012.
36. Baumeister, H.; Hutter, N.; Bengel, J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 9, p. CD008012, Jan. 2011.
37. Baumeister, H.; Hutter, N.; Bengel, J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 12, p. CD008381, 2012.
38. Hollister Le. Current antidepressant drugs: Their clinical use. *Drugs*, 1981, 22:129-152.
39. Lustman PJ, Giffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen AS, Rubin EH, et al. Effects nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: Results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med*; 59:241-50. 1997.
40. Constantino-Cerna, A., Bocanegra-Malca, M., León-Jiménez, F., & Díaz-Velez, C. Frecuencia de depresión y ansiedad em patients for diabetes tipo 2 atendidos em un hospital general de Chiclayo. *Revista médica herediana*, 196-210, 25 (4) 2014.
41. Doyle, T., Halaris, A., & Rao, M. Percursos neurobiológicos compartilhados entre diabetes tipo 2 e sintomas depressivos: Uma revisão dos achados morfológicos e neurocognitivos. *Relatórios atuais de diabetes*, 14 (560), 2-12. doi: 10.1007 /s11892-014-0560-7, 2014.
42. Molina, A., Acevedo, O. Yáñez, M., Dávila, R. e González, A. Comparação das prevalências do duelo, depressão e qualidade de vida com a doença em pacientes

- com diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 18 (1), 13-18,2013.
43. Lyketsos, Depressão e Diabetes: Mais sobre o que o relacionamento pode ser. O jornal americano de psiquiatria, 167 (5), 498-500, 2010.
 44. Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. y Angel-González, M. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. 2005. Revista salud pública, 10(1), 137-149 2008.
 45. Ministério da saúde, Diabetes mellitus; Caderno de Atenção Básica nº 36;2013.
 46. Michels MJ, Depressão em diabéticos tipo 2: prevalência, fatores associados da aderência ao tratamento e complicações do diabetes, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas;2010.
 47. Katon, W.; Pedersen, H. S.; Ribe, A. R.; Fenger-Gron, M.; Davydow, D.; Waldorff, F B.; Vestergaard, M. Effect of Depression and Diabetes *Mellitus* on the Risk for Dementia. JAMA Psychiatry, v. 72, no. 6, p. 612, 2015.
 48. Lin, E. H. B. et al. Mental disorders among persons with diabetes--results from the World Mental Health Surveys. Journal of Psychosomatic Research, v. 65, no. 6, p. 571–580, Dec. 2008.
 49. Mezuk, B.; Eaton, W. W.; Albrecht, S.; Golden, S. H. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. Diabetes Care, v. 31, no. 12, p. 2383–2390, Dec. 2008.
 50. Nouwen, A.; Winkley, K.; Twisk, J.; Lloyd, C. E.; Peyrot, M.; Ismail, K.; Poucher, F. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia, v. 53, no. 12, p. 2480–2480, Dec. 2010.
 51. Renn, B. N.; Feliciano, L.; Segal, D. L. The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. Clinical Psychology Review, v. 31, no. 8, p. 1239–1246, 2011.
 52. Darnall BD, Suarez EC. Sex and gender in psychoneuroimmunology research: past, present and future. Brain Behav Immun. 2009; 23:595–604. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)].
 53. Mikolajczyk, R. T.; EL Ansari, W.; Maxuell, A. E. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. Nutrition Journal, v. 8, no. 1, p. 31, 2009.
 54. Knol, M. J.; Twisk, J. W. R.; Beekman, A. T. F.; Heine R. J.; Snoek, F. J.; Poucher, F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. a meta-analysis. Diabetologia, v. 49, no. 5, p. 837–845, May 2006.
 55. Rotella, F.; Mannucci, E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. Diabetes Research and Clinical Practice, v. 99, no. 2, p.98–104, 2013.
 56. Raval, A.; Dhanaraj, E.; Bhansali, A.; Grover, S.; Tiwari, P. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. The Indian Journal of Medical Research, v. 132, p. 195–200, Aug. 2010.
 57. Bonfim, Antonio Joaquim. Associação entre a presença de diabetes mellitus tipo 2 e sintomas depressivos: estudo observacional sobre o tratamento com antidepressivos e as alterações metabólicas. Maringá, 2016.
 58. Gois C, Dias V V, Carmo I, et al. Treatment response in type 2 diabetes patients with major depression. Clin Psychol Psychother. 2014;21(1):39-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1817>.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **04/11/2020**

Data de reformulação: **07/11/2020**

Data do aceite: **15/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4275879>

Publicado: **2020-11-16**

FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

*RISK FACTORS OF THE POSTPARTUM DEPRESSION DEPRESSION:
INTEGRATIVE REVIEW*

*Evellyn Ribeiro de Souza¹
Darcleane Araújo²
Sandra Godoi de Passos³*

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto é considerada um problema de saúde pública com alta prevalência e muito subdiagnosticada. **Métodos:** Nesse contexto, a presente pesquisa possui como objetivo geral identificar os fatores de risco da depressão pós-parto através de uma revisão de literatura integrativa. Os artigos foram buscados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* Scielo e na base de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS. Os artigos selecionados foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: estarem disponíveis integralmente, responder o questionamento da pesquisa, ter data de publicação dos últimos 5 anos. Após leitura completa dos trabalhos, restaram 08 para análise. **Resultados:** A análise dos resultados apontou que os fatores de riscos de depressão pós-parto mais citados na literatura dos últimos 5 (cinco) anos foram:

¹ Aluna Bacharel em enfermagem na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, Brasil. Contato: evellyn-ribeiro17@hotmail.com

² Aluna Bacharel em enfermagem na Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso de Goiás, Brasil. Contato: cleia-phb@hotmail.com

³ MS. Professora Orientadora Mestre em Gerontologia, especialista em Saúde Pública, contato: sandragodoi@senaaires.com.br

falta de apoio familiar ou do parceiro, gravidez não planejada, histórico familiar ou pessoal de doença psiquiátrica e baixa escolaridade e ter menor idade. **Conclusão:** A pesquisa conclui que fatores sociais e emocionais possuem mais influência sobre a prevalência da depressão pós-parto do que fatores econômicos. Há a necessidade de mais estudos sobre os aspectos clínicos da depressão pós-parto.

Palavras-chaves: Depressão Pós-Parto. Gravidez. Saúde Da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: *Postpartum depression is considered a public health problem with high prevalence and very underdiagnosed. **Methods:** In this context, the present research has the general objective of identifying the risk factors of postpartum depression through a literature review integrative. The articles were searched in the Scientific Electronic Library Online Scielo databases and in the LILACS Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences database. The selected articles were chosen according to the following criteria: to be available in full, to answer the research question, to have a publication date of the last 5 years. After a complete reading of the works, 08 remained for analysis. **Results:** The analysis of the results showed that the most cited risk factors for postpartum depression in the literature of the last 5 (five) years were: lack of family or partner support, unplanned pregnancy, family or personal history of psychiatric illness and low education and being younger. **Conclusion:** The research concludes that social and emotional factors have more influence on the prevalence of postpartum depression than economic factors. There is a need for further studies on the clinical aspects of postpartum depression.*

Keywords: *Postpartum Depression. Pregnancy. Women's Health.*

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único na vida da mulher e muitas vezes não planejado, é também um momento de profundas alterações emocionais e sentimentos conflitantes em relação ao bebê e à própria vida da mulher que podem desencadear algumas psicopatologias puerperais.¹

Por ser um período de mudanças hormonais, biológicas, psicológicas e sociais a gravidez é também um período em que a mulher fica mais vulnerável ao aparecimento de transtornos psiquiátricos.² Entre as psicopatologias puerperais destaca-se a depressão puerperal ou depressão pós-parto.

A depressão pós-parto manifesta-se, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses após o nascimento da criança. Possui associação com a diminuição da qualidade de vida e pode interferir na interação entre a mãe e o recém-nascido, bem como no desenvolvimento emocional, intelectual e cognitivo da criança.⁴

Nesse sentido, o estudo desenvolvido por Fonseca et. al.⁵ conclui que a depressão pós-parto pode prejudicar alguns aspectos na interação mãe-bebê como: comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva, da regulação de comportamentos hostis, de intrusividade e falta de contingência.

Outro estudo com resultado divergente do citado, aponta que a relação mãe-bebê até os quatro meses não seja amplamente afetada pela depressão pós-parto⁷.

Frizzo e Piccinini⁸ complementam que “as mulheres depressivas tendem a apresentar comportamento recluso e introvertido, gerando um ambiente de

insensibilidade e falta de atenção à segurança, saúde e necessidades psicológicas da criança”, esse comportamento pode interferir negativamente no desenvolvimento da criança.

Entre os deletérios causados ao bebê decorrentes da depressão pós-parto da mãe, há estudos que a relacionam com a interrupção precoce da amamentação exclusiva. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante os seis primeiros meses de vida é recomendada a amamentação materna exclusiva, e após esse período a introdução de alimentação complementar adequada e saudável, com a manutenção da amamentação até os dois anos ou mais⁷⁻²⁰.

No entanto a depressão pós-parto é apontada nos estudos de Silva Catarine⁹ como um dos fatores para a interrupção da amamentação, segundo o estudo “A depressão pós-parto contribuiu para redução da prática do aleitamento materno exclusivo”.

Importante ressaltar, que alterações de humor possuem um amplo espectro de psicopatologias relacionadas à gravidez entre elas: o baby blues ou tristeza materna, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto, são quadros que em relação ao potencial e relação não estão claramente definidos na literatura.

O diagnóstico diferencial de identificação do baby blues ou tristeza materna é descrito como “um quadro transitório que não se configura como transtorno e acomete em torno de 50% a 85% das mães até dez dias após o parto. É caracterizado por um quadro melancólico, com disforia, choro frequente, ansiedade, irritabilidade e dependência”.⁶⁻²

A incidência de psicose pós-parto é de cerca de 1 a 2 a cada mil partos. Cerca de 50 a 60% das mulheres afetadas recém tiveram seu primeiro filho, e 50% dos casos envolvem partos associados a complicações perinatais não psiquiátricas. Complementando “nenhuma evidência conclusiva indica que baby blues leve a um episódio subsequente de depressão”.⁸

Por outro lado à psicose pós-parto é um quadro mais grave e conforme o DSM-V

O infanticídio está mais frequentemente associado com episódios psicóticos após o parto que é caracterizado por alucinações com vozes de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuído, embora sintomas psicóticos possam também ocorrer em episódios de humor graves após o parto sem tais delírios ou alucinações específicos.¹⁰

Para Schardosim & Heldt, apud Campos e Rodrigues,⁵ a psicose pós-parto possui comorbidade com o transtorno bipolar e apresenta os sintomas relacionados à ansiedade severa, alucinações e delírios, exigem acompanhamento terapêutico e medicamentoso intensivo além de supervisão por conta da possibilidade de suicídio ou agressões ao bebê.

Já a depressão pós-parto é codificada como um subtipo de transtorno depressivo maior na 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-5, o manual aponta ainda que,

Embora as estimativas sejam diferentes de acordo com o período de acompanhamento pós-parto, entre 3% e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos maiores “pós-parto”, na verdade, começam antes do nascimento.¹⁰

Assim, observa-se a necessidade de maior atenção quanto ao diagnóstico diferencial para que haja acompanhamento adequado da mãe.

FATORES ASSOCIADOS E PREVALÊNCIA

A literatura aponta que os fatores associados à depressão pós-parto está ligada a diversos fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, que se inter-relacionam ⁸, além disso, pesquisas indicam que história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe, incluindo a melancolia da maternidade também predisseram a ocorrência posterior de depressão pós-parto.¹¹

Apesar de diversos estudos sobre a inter-relação entre os fatores sociodemográficos, psicológicos e obstétricos e a depressão pós-parto esse aspecto é controverso na literatura. Embora haja essa divergência a definição de fatores de risco pode contribuir para o prévio diagnóstico e melhor atendimento dessas mulheres¹¹⁻⁴.

Entre esses fatores controversos alguns estudos concluem que entre adolescentes a prevalência de depressão pós-parto é maior na ordem de 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas. O estudo propõem que esse resultado pode está relacionado com a falta de maturidade afetiva e de relacionamentos dessas pacientes, bem como ao fato de grande parte delas terem que abandonar seus estudos em razão da maternidade.⁴⁻¹¹

Quanto à prevalência, alguns estudos preveem a incidência de 10 a 15 %³⁻¹¹. Outros estudos indicam que no Brasil a prevalência vai de 7,2% a 39,4%. Essas divergências nos resultados decorrem do método utilizado na pesquisa e de aspectos sociodemográficos.

O diagnóstico da depressão pós-parto é realizada com multiferramentas entre elas a literatura aponta a escala de Edinburgh EPDS, que se define como um instrumento confiável e de fácil aplicação que é composto por 10 enunciados que são pontuados de acordo com a presença e a intensidade dos sintomas. Essa é uma das ferramentas de diagnóstico da depressão pós-parto mais utilizadas pelos profissionais da atenção básica de saúde ¹².

Uma das dificuldades relatada na literatura quanto ao diagnóstico é a negligência da própria puérpera, marido e familiares atribuindo os sintomas ao cansaço e desgastes naturais, e acúmulo de tarefas do processo de “ser mãe”¹³.

Além disso, a dificuldade de diagnóstico se complica à medida que não consenso final de critérios de diagnose, etiologia e tratamento, como exemplo pode-se citar o que diz o DSMIV ⁸, que coloca como critério de diagnóstico de depressão pós-parto se os sintomas ocorrem nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Por outro lado conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), o mesmo critério indica que os sintomas devem aparecer nas primeiras seis semanas após o nascimento do bebê ¹¹.

Ante o exposto o presente trabalho tem como objetivo identificar os fatores de risco da depressão pós-parto.

MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa apresenta-se como uma revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa que conforme Souza, Silva e Carvalho¹⁴ “A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática”, é uma abordagem metodológica ampla que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais com o objetivo de analisar um fenômeno.

O método utilizado na análise da revisão foi o sistemático que se configura como “uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão

específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados”¹³.

No campo de estudos da enfermagem a revisão integrativa é relevante, pois proporciona a investigação de um tema analisando as contribuições de outros autores, permite separar os achados científicos das opiniões e ideias dos autores, permite a descrição do conhecimento no contexto atual, bem como avaliar o impacto da pesquisa sobre a prática profissional ¹⁵.

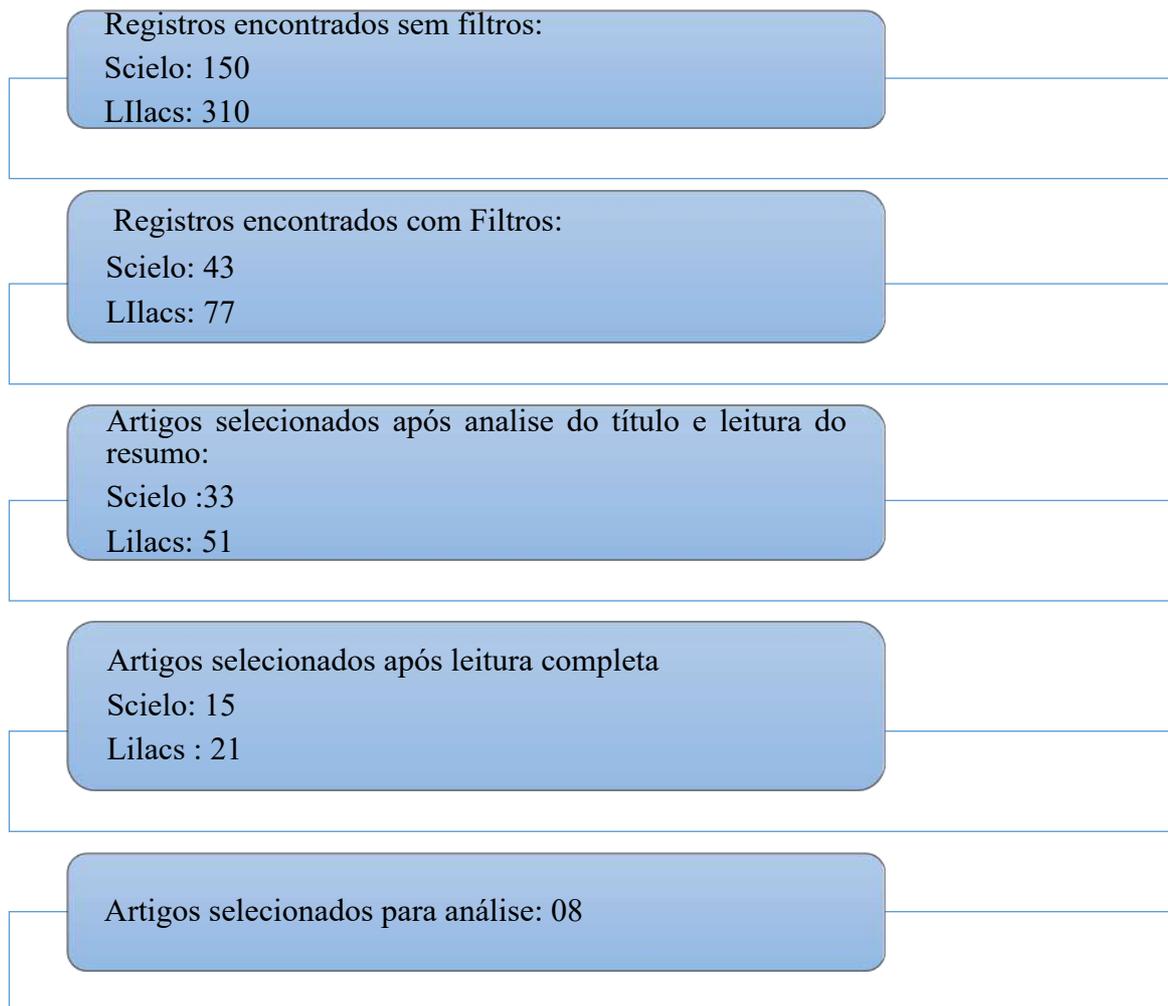
A presente pesquisa se deu no seguinte processo: primeiramente foi definido o tema e a delimitação do estudo, foram definidos os critérios de exclusão/ inclusão. A partir dessa definição foi estabelecido os critérios de inclusão: os artigos completos e disponíveis integralmente, artigos originais e que contribui para a resposta da pergunta da pesquisa. Já os critérios exclusão foram: artigos incompletos e indisponíveis, publicados fora da data limite de cinco anos e que não respondem ao questionamento da pergunta de pesquisa.

Após essa etapa, a pesquisa foi direcionada à pesquisa de trabalhos nas bases de dados, por conseguinte foram selecionados os artigos e classificados, logo após houve a análise e interpretação dos dados seguidos da análise do conhecimento reunido.

Os artigos foram encontrados nas bases de dados de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS e Scielo . Na busca foi utilizado o filtro para artigos em português publicados nos últimos 5 anos com os descritores, depressão pós parto e fatores de risco de depressão pós parto.

Inicialmente foram encontrados 150 na base Scielo e 310 na base de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACS, após aplicação dos filtros foram encontrados 43 artigos na base Scielo e 77 na base de dados Lilacs. Posteriormente a leitura do resumo, os artigos foram selecionados utilizando como critério de inclusão os artigos completos, estarem de acordo com a temática, foi excluído artigos duplicados, assim restaram 33 artigos da base Scielo e 51 artigos da base Lilacs. Após leitura completa dos trabalhos restaram 08 para análise.

O fluxograma abaixo apresenta os dados encontrados na busca.



RESULTADOS

Os artigos selecionados foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: estarem disponíveis integralmente, responder o questionamento da pesquisa, ter data de publicação dos últimos 5 anos. O quadro abaixo trás um resumo dos artigos analisados.

Tabela 1 Resumos dos artigos analisados

AUTOR/ ANO	FOCO DA PESQUISA	RESULTADOS
Alessandra da Rocha Arrais, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo. 2017.	O objetivo deste estudo foi investigar os fatores de risco e de proteção para depressão pós-parto (DPP)	Esta revisão da literatura mostrou que, ter tido depressão na vida, a presença de estresse e ansiedade e depressão durante a gestação, baixo suporte social e familiar, falta de apoio do parceiro e falta de apoio social no puerpério, são fatores que aumentam o risco de ter DPP.
Alessandra Poline de Oliveira, Izabela Mara Martins Silveira, Cristina Terumy Okamoto, Somaia Reda. 2020.	Visa identificar os fatores de risco psicossociais para depressão pós-parto (DPP).	Os fatores mais citados foram: falta de apoio social/familiar, gravidez não planejada, história pessoal de doença psiquiátrica, relacionamento ruim com o parceiro, idade menor que 20 anos e baixa escolaridade. A prevalência de DPP alcançou valores de 4,5% até 50,3% nos estudos avaliados.
Maria de Lima Salum e	Avaliar o efeito de diversos fatores	No hospital público, a prevalência de

<p>Morais, Luiz Augusto Marcondes Fonseca, Vinicius Frayze David, Lia Matos Viegas, Emma Otta. 2015.</p>	<p>sociodemográficos (nível socioeconômico – representado pelo hospital do parto –, escolaridade, número de filhos e engajamento em trabalho) e psicossociais (viver com o companheiro, qualidade de relacionamento com ele, apoio social e relato de depressão anterior) sobre a ocorrência de DPP em mulheres cujos partos ocorreram em dois hospitais da cidade de São Paulo: um público e outro privado.</p>	<p>DPP foi de 26% e, no privado, de 9%. Características dos RN foram semelhantes nas duas amostras; idade, escolaridade, número de visitas de pré-natal e de cesarianas das mães foram maiores no hospital privado. Análise de regressão envolvendo características psicossociais das participantes revelou associação positiva de DPP com depressão anterior e com frequência de conflitos com o parceiro e relação negativa com anos de escolaridade e escore de apoio social.</p>
<p>Juliana Mano Hartmann, Raul Andrés Mendoza-Sassi, Juraci Almeida Cesar. 2017.</p>	<p>Buscou-se identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão entre puérperas residentes em um município de médio porte no extremo Sul do Brasil, durante todo o ano de 2013</p>	<p>Fatores como depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez e história de depressão na família estiveram associados à maior risco para depressão, assim como ter menor idade e ser multipara. O suporte social fornecido à gestante pela equipe de saúde foi um importante fator de proteção, reduzindo em até 23% a razão de prevalência de a puérpera desenvolver depressão.</p>
<p>Poles Marcela Muzel, Carvalheira Ana Paula Pinho, Carvalhaes Maria Antonieta de Barros Leite, Parada Cristina Maria Garcia de Lima. 2018.</p>	<p>Investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato</p>	<p>A prevalência de sintomas depressivos foi de 6,7%. Uso de medicação antidepressiva na gestação, violência sofrida na gestação e cesariana associaram-se a sintomas depressivos no puerpério imediato em duas, quatro e duas vezes, respectivamente.</p>
<p>Aloise, Sarah Regina; Ferreira, Alaidistania Aparecida; Lima, Raquel Faria da Silva. 2019</p>	<p>Identificar sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP) e fatores associados em mulheres no puerpério mediato, entre 48h e 72h.</p>	<p>15,06% das 166 participantes apresentaram sinais e sintomas de DPP, porém não houve associação entre possível DPP e fatores socioeconômicos e clínico-obstétricos.</p>
<p>Synara Barbosa de Melo et. al. 2018</p>	<p>Identificar a depressão pós-parto (DPP) entre mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF).</p>	<p>Evidenciou-se que 8,6% das participantes apresentaram pontuação acima do ponto de corte da PDSS. Os quadros sugestivos de DPP apresentaram associação estatística com o ensino fundamental incompleto.</p>
<p>Rafaela Santi Dell'Osbel et. al. 2019.</p>	<p>Medir a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em gestantes atendidas na Atenção Básica</p>	<p>A amostra constituiu-se de 76 gestantes, destas 46,1% apresentaram SD. A média de idade foi de 26,6 anos ($\pm 5,95$) e 72,4% estavam casadas ou em união estável. Houve associação significativa entre SD e estado civil (RP 1,54; IC 95% 1,00-2,37; $p=0,045$) e a ocorrência de aborto em outras gestações (RP 1,72; IC 95% 1,08-2,74; $p=0,022$).</p>

DISCUSSÃO

Os dados apresentados reforça a hipótese de que a depressão pós-parto possui diversos fatores associados, sendo a maioria deles de aspectos psicossociais ¹⁻¹¹⁻¹⁴⁻¹⁵.

Entre os fatores encontrados em mais de três artigos analisados estão à falta de apoio familiar ou do parceiro, gravidez não planejada, histórico familiar ou pessoal de doença psiquiátrica e baixa escolaridade e ter menor idade.

Esses são fatores do âmbito social que possui forte impacto sobre a prevalência da depressão pós-parto, sendo esses fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto.

A falta de apoio familiar foi relatada em três artigos analisados ¹⁻¹⁴⁻¹⁵ e apresenta dados substanciais sobre como o suporte familiar é importante na prevenção da depressão pós-parto.

Foi relatada a associação positiva entre o apoio familiar e também atenção da equipe de saúde na redução da prevalência de depressão pós-parto ¹⁶.

A literatura apontou que eventos depressivos anteriores ou doenças psiquiátricas anteriores estão relacionados à prevalência da depressão pós-parto. Na presente pesquisa dois estudos ¹⁻¹⁶ apresentaram o histórico depressivo anterior da mãe como um fator de risco da depressão pós-parto. Em um desses estudos a ansiedade gestacional foi apontada também como um fator de risco¹.

Apesar dos aspectos socioeconômicos serem apontados como um fator de risco em alguns estudos ¹⁻¹⁶⁻¹⁴, outro estudo divergiu e concluiu que não houve associação entre possível DPP e fatores socioeconômicos e clínicos-obstétricos¹⁸.

Um dos estudos realizado em hospital particular e público concluiu que a prevalência maior de DPP se deu no hospital público -26% e, no privado de 9% ¹³. Apesar da possibilidade desse resultado estar associado a fatores socioeconômicos, visto que hospitais particulares são utilizados por um perfil de usuário com mais condição financeira, é necessários maiores estudos sobre esses fatores.

Dessa forma, os aspectos mais citados nos artigos analisados relacionados como fatores de risco da depressão pós-parto são: a ausência de suporte social, de apoio do companheiro e a presença de episódio de depressão anterior ou na família.

O quadro abaixo apresenta os fatores mais citados em ordem de prevalência.

FATOR/ ABORDAGEM	ARTIGOS
Social	6
Episódio de Doença psíquica anterior	5
Baixa Escolaridade	3
Multiparidade/ Econômico/ Aborto em gestações anteriores	1

Alguns fatores de risco apontados na literatura como complicações na gravidez e baixo peso do bebê ao nascer não foram localizados nos artigos produzidos no período definido. Outros estudos indicam que há necessidade de mais estudos sobre a relação entre a depressão pré-natal, durante a gravidez e pós natal com a depressão pós-parto.

A depressão pós-parto em adolescente também se mostra como uma temática pouco explorada, havendo a necessidade de maiores estudos tendo em vista as particularidades que a gravidez de adolescentes encerra.

Como se observa o apoio da familiar, ter a vida conjugal em equilíbrio pode contribuir para a prevenção da depressão pós-parto de forma mais efetiva do que aspectos relacionados à situação econômica, social e escolaridade.

CONCLUSÃO

O trabalho indica que há grande interesse da sociedade acadêmica no estudo do tema, visto que nos últimos cinco anos, há uma variedade considerável de produção científica sobre o tema em maioria concentrados na área de enfermagem e psicologia. Os estudos publicados sobre depressão pós parto são majoritariamente voltados aos estudos dos fatores de risco, etiologia e diagnóstico.

O interesse acadêmico pelo tema é impulsionado pela grande prevalência da doença, a dificuldade de diagnóstico muitas vezes falho o que ocasiona a ausência ou tratamento ineficiente, o estigma social que envolve a questão, visto que muitas mulheres não procuram ajuda médica por vergonha, medo ou por ignorar os sintomas atribuindo-os ao processo natural de cuidar do bebê, a ligação de episódios depressivos com a depressão pós-parto e por fim as consequências negativas da depressão pós-parto tanto para a mãe como para o bebê.

A pesquisa aponta que não há um consenso sobre o diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, assim como há ainda um debate sobre os fatores de riscos. Nos trabalhos analisados foram encontrados fatores de aspectos social, econômico e clínico indicando que as causas da depressão pós-parto envolvem diversos aspectos que dificultam a abordagem do diagnóstico. A doença está relacionada a mudanças biológicas, emocionais, sociais e psicológicas que ocorrem durante a gravidez.

A pesquisa indicou também uma divergência nos números de prevalência da doença que vai de 7,2% a 39,4%. Um fato que pode estar relacionado ao método utilizado e a fatores sociodemográficos.

Alguns fatores de riscos apontados na literatura foram confirmados nos trabalhos analisados como: episódio depressivo da gestante ou na família, falta de apoio familiar e conflito com o companheiro, e aborto anterior. o fator econômico apontado na literatura como fator de risco, possui abordagem divergente nos estudos, enquanto alguns estudos apontam que a vulnerabilidade econômica constitui-se como fator de risco para o desenvolvimento da DPP outros estudos não ratificam essa relação.

Outro ponto que merece ser destacado é a necessidade de maiores estudos sobre aspectos demográficos e métodos de pesquisa na prevalência da depressão pós-parto, visto que há uma grande divergência nesses dados em decorrência dessa variável.

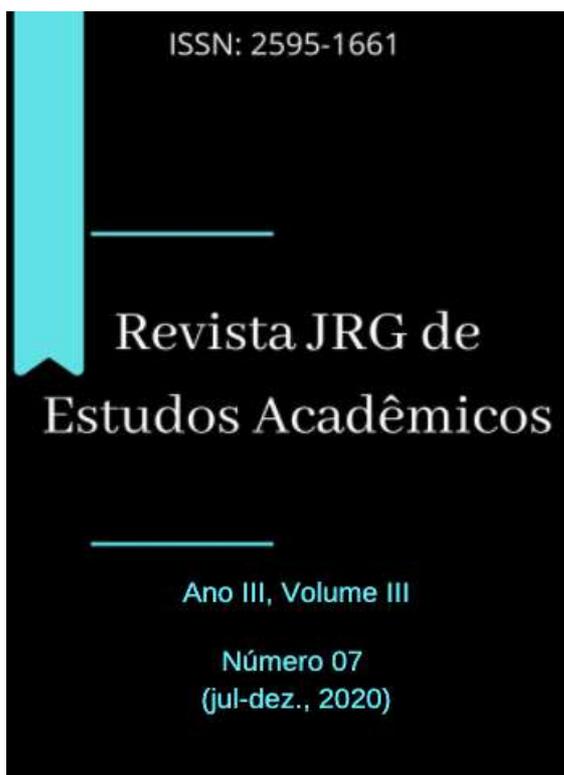
Assim, a depressão pós-parto é um problema de saúde pública muito subdiagnosticada. E aqui é relevante citar o papel da enfermagem nesse contexto, que por ser o profissional mais próximo à gestante é importante que este esteja preparado e tenha consciência da importância do diagnóstico precoce, assim, é também o profissional mais indicado para o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Arrais Alessandra da Rocha, Araujo Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psic., Saúde & Doenças* [Internet]. 2017 Dez [citado 2020 Out 25] ; 18(3): 828-845. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000300016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>.
2. Cantilino Amaury, Zambaldi Carla Fonseca, Sougey Everton Botelho, Rennó Jr. Joel. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2010 [citado em 2020 out.] ; 37(6): 288-294. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.
3. Ramos, Sofia Helena Amarante da Silva, Furtado, Erikson Felipe. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, 1(1), 20-28. Recuperado em 20 de outubro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472007000100005&lng=pt&tlng=pt.
4. Camacho Renata Sciorilli, Cantinelli Fábio Scaramboni, Ribeiro Carmen Sylvia, Cantilino Amaury, Gonsales Bárbara Karina, Braguittoni Érika et al . Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 25] ; 33(2): 92-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
5. Campos, Bárbara Camila de, & Rodrigues, Olga Maria Piazzentin Rolim. (2015). Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, 46(4), 483-492. <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>.
6. Fonseca Vera Regina J. R. M., Silva Gabriela Andrade da, Otta Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Apr [cited 2020 Nov 04] ; 26(4): 738-746. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400016>.
7. Ferreira Cátia, Silva Vanessa, Guerra Cláudia, Silva Ana Isabel, Rosário Rafaela. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2018 Dez [citado 2020 Out 21] ; 12(4): 262-267. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400003&lng=pt.
8. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol. estud.* 2005;39(4):47-55.
9. Silva Catarine S., Lima Marília C., Sequeira-de-Andrade Leopoldina A.S., Oliveira Juliana S., Monteiro Jailma S., Lima Niedja M.S. et al . Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida,. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Nov 04] ; 93(4): 356-364. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000400356&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>.
10. American Psychiatry Association-APA. Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision 2014.. Washington-DC: American Psychiatric Association.

11. Kaplan, H.I; Sadock, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre.
12. Camacho Renata Sciorilli, Cantinelli Fábio Scaramboni, Ribeiro Carmen Sylvia, Cantilino Amaury, Gonsales Bárbara Karina, Braguittoni Érika et al . *Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento*. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 25] ; 33(2): 92-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
13. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, de Souza AR, da silvaMAM, Pontes RJS. *Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: Importância do diagnóstico precoce*. *Rev Rene*.2010;11:117-123.
14. Ruschi Gustavo Enrico Cabral, Sun Sue Yazaki, Mattar Rosiane, Chambô Filho Antônio, Zandonade Eliana, Lima Valmir José de. *Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira*. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [Internet]. 2007 Dec [cited 2020 Nov 04] ; 29(3): 274-280. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>.
15. Zinga Dawn, Phillips Shauna Dae, Born Leslie. *Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2005 Oct [cited 2020 Oct 25] ; 27(Suppl 2): s56-s64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein* 2010; 8(Supl. 1):102-106.
17. Roman, A., & Friedlander, M. *Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem*. *Cogitare Enfermagem*, 3(2), 1998. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>.
18. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. *Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto*. *Arch Psychiatry Clin*. 2007;34:157-165.
19. Morais MLS, Fonseca LAM, David VFL, Viegas M, Otta E. *Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil*. *Estud Psicol*. 2015; 20 (1): 40-9.
20. Oliveira AP, Martins Silveira IM, Okamoto CT, Reda S. *Depressão pós-parto: quais os fatores de risco?*. *Rev. Femina* 2020;48(7): 439-46.
21. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. *Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados*. *Cad Saude Publica*. 2017;33(9):e00094016.
22. Poles Marcela Muzel, Carvalheira Ana Paula Pinho, Carvalhaes Maria Antonieta de Barros Leite, Parada Cristina Maria Garcia de Lima. *Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados*. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2018 July [citado 2020 Out 26] ; 31(4): 351-358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400351&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800050>.
23. Aloise, S., Ferreira, A., & Lima, R. (2019). *DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS, SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM MANAUS*. *Enfermagem em Foco*, 10(3). doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2455>.
24. Fonseca, Vera Regina J. R. M., Silva, Gabriela Andrade da, & Otta, Emma. (2010). *Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna*. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400016>.

25. Silva Catarine S., Lima Marilia C., Sequeira-de-Andrade Leopoldina A.S., Oliveira Juliana S., Monteiro Jailma S., Lima Niedja M.S. et al . Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida,. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Nov 04] ; 93(4): 356-364. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000400356&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>.
26. Melo Synara Barbosa de, Jordão Rhayza Rhavênia Rodrigues, Guimarães Fernanda Jorge, Perrelli Jaqueline Galdino Albuquerque, Cantilino Amaury, Sougey Everton Botelho. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Oct 27] ; 18(1): 163-169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100163&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100008>.
27. Dell'Osbel, R. S., Gregoletto, M. L. O. & Cremonese, C. (2019). Sintomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados. ABCS Health Sci, 44 (3): 187-194.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **29/10/2020**

Data de reformulação: **01/11/2020**

Data do aceite: **09/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4276239>

Publicado: **2020-11-16**

**A HISTÓRIA DOS MEDICAMENTOS E O USO DAS FÓRMULAS: A
CONSCIENTIZAÇÃO DO USO ADEQUADO**

*THE HISTORY OF MEDICINES AND THE USE OF FORMULAS: AWARENESS OF
THE APPROPRIATE USE*

*Isiane dos Anjos Silva¹
Haline Gerica de Oliveira Alvim²*

RESUMO

O presente trabalho visa a conscientização social a respeito do consumo adequado de medicamentos, pautando seu objetivo na história da indústria farmacêutica que remete a necessidade de pesquisas que levem a produção de um recurso viável a tratar doenças existentes e novas doenças que aparecem durante a evolução da humanidade. O texto apresenta-se como uma fonte de instrução para a adequada utilização de medicamentos, sendo levadas em consideração as propriedades de cada fórmula, atentando-se para sua evolução e seu propósito. O conhecimento das etapas do processo de produção dos medicamentos se faz importante para o entendimento da função de cada medicação e assim promover maior consciência sobre necessidades e riscos. A história dos medicamentos revela a metodologia utilizada pelos pesquisadores, seja por meio de crenças, intuição ou ciência, a

¹ Acadêmica Isiane dos Anjos Silvado curso de Farmácia Bacharelado da Faculdade Ciências e Educação Sena Aires. Email: isidosanjos@gmail.com

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). Email: haline.alvim@gmail.com

indústria farmacêutica passou por muitas modificações, e com seu desenvolvimento o poder monetário ficou mais enaltecendo, o que promoveu uma visão de farmácia igual a comércio, dificultando o acesso universal aos medicamentos e fomentando o uso indevido a partir do poder de compra. Muitos desafios são encontrados para que haja distribuição igualitária e que realmente atenda as necessidades, nesse intuito a presente pesquisa baseia-se na conscientização do uso adequado dos medicamentos.

Palavras chave: Recurso. Instrução. Acesso. Conscientização.

ABSTRACT

The present work aims at social awareness regarding the adequate consumption of medicines, guiding its objective in the history of the pharmaceutical industry, which points to the need for research that leads to the production of a viable resource to treat existing diseases and new diseases that appear during the evolution of humanity. The text presents itself as a source of instruction for the proper use of medications, taking into account the properties of each formula, paying attention to its evolution and its purpose. Knowledge of the stages of the medication production process is important for understanding the function of each medication and thus promoting greater awareness of needs and risks. The history of medicines reveals the methodology used by researchers, whether through beliefs, intuition or science, the pharmaceutical industry has undergone many changes, and with its development the monetary power has become more exalting, which has promoted a vision of pharmacy equal to trade, hampering universal access to medicines and promoting misuse based on purchasing power. Many challenges are encountered in order to have an equal distribution and to really meet the needs. In this sense, this research is based on awareness of the proper use of medicines.

Keyword: Resource. Instruction. Access. Awareness.

INTRODUÇÃO

A história dos medicamentos acompanha a evolução humana, na antiguidade se buscava a cura de suas enfermidades na prevenção da vida, e esse objetivo é seguido até os dias atuais, pesquisas e produções de manipulações de componentes capazes de controlar ou curar doenças.

O processo de desenvolvimento dos medicamentos e a criação da indústria farmacêutica travessará uma transformação no modelo de farmácia, tanto no modo de atendimento quanto na estrutura. A visão que a indústria coloca no profissional farmacêutico se modificou ao longo dos anos de profissional caloroso e que aliviava dores para profissional afastado do afeto social. O valor monetário acabou por dominar os estabelecimentos de comércio fármaco, e as regulamentações sobre disposição de medicamentos distanciou os consumidores do livre uso de medicamentos, tornando o acesso mais restrito.

A relação sobre os maiores índices da automedicação está diretamente ligada a visão discriminatória da sociedade e também ao grau de escolaridade, sendo pessoas mais carentes e que estudaram até o ensino fundamental o maior percentual referenciado em pesquisas sobre a utilização de medicamentos sem prescrição médica. As pesquisas sobre esse estudo revelam que pessoas em situação econômico-social mais vulnerável são as mais prejudicadas com relação ao acesso

medico gratuito, possuem mais dificuldade de atendimento e acesso a medicações fornecidas pelo Sistema Único de Saúde.

Na tentativa de conter o uso inadequado de medicamentos, instituições governamentais como o Ministério da Saúde utiliza de campanhas de conscientização a partir de propagandas, orientações obrigatórias em embalagens e campanhas de vacinação e prevenção de doenças na tentativa de conter o desenvolvimento de tais doenças e, por consequência, o acesso e consumo errôneo de medicamentos.

Em nível global, a distribuição de medicamentos e o acesso aos produtos estão relacionados diretamente com a situação econômico financeira, havendo uma distribuição desigual onde o poder econômico estabelece as prioridades, deixando os mais pobres com acesso limitado ou interrompido e auxiliando no consumo sem prescrição de forma desordeira e facilitando outras complicações de saúde.

A compreensão da produção dos medicamentos e suas respectivas finalidades, além da promoção de soluções para desafios sociais e globais ligados ao desabastecimento e consumo desordenado, são importantes para a promoção da finalidade social das farmácias.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa realizada trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo utilizada a técnica de revisão bibliográfica, onde o procedimento utilizado possibilita o aprofundamento do tema abordado, proporcionando maior entendimento através de obras revisadas e publicações com dados relevantes sobre a análise realizada.

As atividades pertinentes a pesquisa foram iniciadas em junho de 2020, totalizando 4 meses de pesquisas e estudos com o intuito de avaliar o conteúdo para uma construção de abordagem qualitativa, onde a prestação do conteúdo consta fatos e evidências que possibilitam uma melhor compreensão do tema abordado, a partir de dados dispostos de forma precisa e resumida.

Para a inclusão de dados foram considerados os critérios sobre o tema compatível, com data mais recente com conteúdo que abrangesse a atualidade, com conteúdo em língua portuguesa e com texto com dados completos, sendo excluídas obras que não obedecessem a esses critérios.

A formulação do presente artigo baseou-se na busca da história dos medicamentos, a evolução da indústria da farmácia e sua adaptação à evolução as sociedades, os critérios de distribuição de medicações, mensurando as principais vendas e critérios para a utilização errônea dos medicamentos, e também políticas públicas promovidas na tentativa de impulsionar o acesso medico e ampliar o acesso aos medicamentos junto a informação do uso correto.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Enquadra-se como atividade da indústria farmacêutica áreas de pesquisas, produção, distribuição e controle de medicamentos. As pesquisas farmacêuticas são incumbidas ao cientista farmacêutico, cuja atuação inclina-se a esfera de descobertas através de análises e estudos que permitem novas formulações para os medicamentos direcionados a população, atualmente, essa dinâmica encontra-se em bastante evidência em virtude da busca por vacina do vírus Covid-19, que provocou uma pandemia mundial. A fase de pesquisa é o início da produção do medicamento seguida da produção, a fase de produção também comporta o controle e garantia de qualidade, área comercial, registro de produtos e programação e controle de

produção. A distribuição dos medicamentos envolve a logística e também a atuação como agente facilitador na distribuição de medicamentos para a população de menor renda, integrados em um processo de armazenamento, abastecimento, distribuição e acesso¹.

O controle sobre os medicamentos é regulamentado pela ANVISA, a Lei nº 13.410 de 28 de dezembro de 2016, em conjunto com a RDC 319 de 12 de novembro de 2019 os quais estabelecem a rastreabilidade das medicações até abril de 2022 com o propósito de fornecer melhor qualidade e segurança ao consumidor final. O rastreamento desde a matéria-prima até o produto final e sua distribuição ao consumidor registra todas as etapas fazendo todo o acompanhamento da medicação, esse processo envolve investimentos tecnológicos e financeiros para que a eficácia do procedimento seja completa, de forma a garantir a garantia do resultado e a qualidade que deve ser aplicada¹⁶.

Um dos produtos mais notórios da indústria farmacêutica obtidos são os medicamentos, visto que os medicamentos são a principal produção dessa indústria que também fabrica princípios ativos e possui setores da logística a tecnologia, contudo as áreas atuam em prol da evolução dos medicamentos. Vale destacar que a história dos medicamentos acompanha a passagem dos séculos, trazendo desenvolvimento e melhorias no desempenho das atividades pertinentes a indústria da farmácia como a evolução constante nas pesquisas científicas sobre doenças e seus respectivos tratamentos a partir da medicação⁶.

Ao longo das eras os medicamentos e formas de tratamento foram se modificando de acordo com as crenças da época, descobertas e necessidades que surgiam a partir do modo de vida. A história e a evolução dos medicamentos é muito antiga datando de 2.000 antes de Cristo, quando as plantas eram a medicina terapêutica, utilizando a botânica como medicação como demonstrado na tabela abaixo⁵.

Tabela 1: Evolução histórica dos medicamentos através das eras.

CRENÇAS			CIÊNCIA				FITOTERÁPIO
2.000 AC	1.000 AC	1.850 DC	1.920 DC	1.945 DC	1.955 DC	1.960 – 1.999	2.000 DC
Raízes, botânica	Preces (religiões)	Poções	Pílulas	Penicilina	Tetraciclina	Antibióticos	Farmacobotânica

Os primeiros medicamentos descobertos na área farmacêutica possuem suas raízes na botânica, que se apresenta como um ramo muito importante na qual são utilizadas plantas como fontes de matérias-primas até os dias atuais. A partir de então, a obtenção de maiores conhecimentos sobre os medicamentos evoluíram, e os avanços científicos possibilitaram adaptar a produção dos medicamentos para a indústria, e atualmente existe uma gama de medicamentos para diversas aplicabilidades. Assim observa-se que ao longo dos anos a história dos medicamentos passou por algumas eras, as quais as descobertas e necessidades das sociedades⁵.

A história dos medicamentos é tão antiga quanto a história da humanidade, datada de muito antes de Cristo, a crença na cura se dava pelas de plantas até a religião, o que futuramente, com auxílio da ciência, haveria uma evolução de percepção e análise. Cada período consistia em estudos baseados o que se sabia até

então e o que os meios permitiam descobrir, com o avanço tecnológico essas descobertas foram sendo aprimoradas, alcançando curas e tratamentos que pareciam impossíveis como a quimioterapia. Os tratamentos a partir de bactérias são muito utilizados em diversas enfermidades, as descobertas foram feitas ao longo dos anos, abaixo algumas⁵.

Tabela 2: Descobertas de alguns medicamentos ao longo dos anos.

MEDICAMENTO	ANO	DESCOBERTA
Colchicina	antes de 1.500 a.C.	--
Galênicos – teriagas - antídotos	--	Galeno (129-200 d.C.)
Digitálico	1785	William Withering (1741-1799)
Aspirina	1870	Felix Hoffman (1868-1946)
Terapia antimicrobiana	1914	Hugo Schottmueller
Penicilina	1928	Alexander Fleming (1881-1955)
Captopril	1960	Sérgio Henrique Ferreira (1934-2016)

As medicações sempre estiveram presentes para que as pessoas pudessem ter um alívio, alívio ou cura de suas enfermidades, com o avanço das tecnologias e descobertas os medicamentos passam a ser cada vez mais necessários e difundidos pelo mundo, grandes nomes fazem parte da história das descobertas como Galeno, considerado o pai da farmácia teve importante participação nas descobertas nas áreas da medicina, filosofia e da farmácia, sendo um dos grandes contribuintes para a literatura, apesar de grande parte de sua obra ter se perdido¹⁸.

Na literatura a primeira obra sobre a história da farmácia data de 1847, sendo este um marco, uma vez que foi crucial para o desenvolvimento para outras obras na área farmacêutica e outras áreas ligadas, viabilizando o desenvolvimento e aprimoramento constante, por vários autores, que oportunizaram o tema em prol da evolução e para o bem da humanidade⁷. A partir desta análise, observa-se que a cura para as enfermidades é uma busca contínua de todos, a qual visa, de forma geral, o estabelecimento de uma fórmula capaz de promover a regeneração do corpo, através de ativos que acometa diretamente o mal instalado no corpo, viabilizando, dessa forma, a recuperação total ou parcial do enfermo. O tratamento da enfermidade é realizado por meio de uma pesquisa assertiva, com produção adequada e distribuição controlada. É importante frisar que é imprescindível a utilização adequada dos medicamentos, introduzido mediante o acompanhamento profissional e identificação apropriada da enfermidade a ser tratada, uma vez que o uso indiscriminado de medicamentos poderá acarretar em malefícios a saúde do usuário¹.

Neste contexto, ressalta-se que a utilização de medicamentos sem o devido conhecimento e orientações leva ao consumo desenfreado e perigoso por parte das pessoas sem o preparo adequado. A indústria farmacêutica possui um planejamento para a produção e distribuição dos medicamentos de modo a evitar o seu uso inadequado sendo a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) um dos principais órgãos que regulamentam as atividades. A ANVISA é ligada diretamente ao Ministério da Saúde é um dos órgãos brasileiros responsáveis pela fiscalização das atividades da indústria farmacêutica, possuindo autonomia em exercer sua função em prol da proteção da saúde através de procedimentos técnicos que regulamentam o controle sanitário da produção, distribuição e comercialização tanto de produtos quanto de serviços nos ramos alimentícios e fármacos¹⁶.

Além disto, destaca-se a necessidade primordial de os profissionais terem o conhecimento adequado sobre a fórmula e sua finalidade a fim de orientar de forma assertiva o usuário. A conscientização sobre a gravidade do uso indevido de medicamentos se inicia com campanhas públicas, sendo também uma responsabilidade direta do profissional da área farmacêutica, o que enfatiza a importância do conhecimento sobre os malefícios do uso inadequado de medicamentos, ao obrigatoriamente descritos nas bulas dos medicamentos como precauções, posologia, indicações, informações gerais e malefícios do uso³.

Em 1240 data-se a primeira referência da divisão da medicina e a farmácia, sendo médicos, cirurgiões e boticários distinguidos por suas devidas profissões individuais. Nessa época a aproximação com as pessoas se tornava maior para um melhor entendimento dos sintomas e assim fornecer um tratamento mais adequado de acordo com os sintomas. Por muitas vezes os boticários não possuíam instrução acadêmica ou teórica com embasamento científico, a experiência tornava-os profissionais sendo em 1640, as boticas, autorizadas como estabelecimentos comerciais de medicamentos. Apenas em 1839 as escolas de farmácia foram criadas, 15 anos após ser estudada como matéria da medicina, poucas eram as diferenças notáveis pela sociedade entre farmacêutico e boticário, sendo uma árdua mudança tendo seu marco em 1886, neste primeiro momento as farmácias se concentrariam como estabelecimentos de busca por novidades num mundo novo, um novo centro de cultura era estabelecido. Com a expansão da indústria farmacêutica os medicamentos começaram a ser exclusivamente industrializados, com embalagem e dosagem próprias, a partir de 1935 o cenário do estabelecimento de medicamentos começa a mudar com as medicações já preparadas, tornando a relação no estabelecimento apenas de atendimento para orientar e dispensar as medicações⁷.

A impossibilidade do acesso universal aos medicamentos surgiu através da crescente demanda por tratamentos, mais especificamente no século XX houve o aumento pela demanda devido a maior eficiência da prevenção de doenças, um dos apontamentos notados para tal fenômeno foi o aumento da expectativa de vida em 25 anos em apenas 50 décadas naquele século. Com a industrialização farmacêutica o acesso aos medicamentos foi se tornando mais restrito, o que acompanha o avanço tecnológico tornando os medicamentos mais assertivos e eficazes. Para tal justificativa, considera-se que no século XIX os medicamentos possuíam em sua maioria origem natural, o avanço das pesquisas e as instruções cada vez mais precisas, além de descobertas para doenças até então fatais, foram acrescentando valor comercial, deixando de ser recurso apenas terapêutico as prescrições para os medicamentos foram se tornando cada vez mais necessárias. Assim alia-se a necessidade de um diagnóstico e a produção de um medicamento para esse fim, e sua distribuição controlada aliada a um custo⁵.

Em 2017 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um desafio de âmbito global na causa pelo uso racional de medicamentos, segundo a organização mais de 50% dos medicamentos são utilizados de forma incorreta desde sua prescrição. As principais causas da utilização dos medicamentos se dão na prevenção e tratamento de doenças, além de controle de sintomas, por exemplo, utilizam-se remédios para controle de dor e febre, também no tratamento para a cura de infecções e controle de doenças que ainda não tem cura⁸.

A conscientização sobre a importância dos medicamentos e os riscos da automedicação é uma matéria de suma importância para a sociedade, a comercialização de medicamentos de modo desenfreado se dá pelo fato de enxergarem os medicamentos como produtos comerciais deixando a visão de

medicamentos para cura, o modo de percepção sobre o insumo o faz ser utilizado da forma como acreditam que seja sua finalidade. Outro fator se dá pelo custo alto na rede privada, uma das justificativas refere-se ao atendimento do SUS, que força o sistema privado a oferecer serviços com mais qualidade desde que o pagamento seja referente aos custos que a instituição tem com essa qualidade superior, o que torna o sistema privado aberto a um nicho de pessoas que estão dispostas e podem pagar o valor cobrado. Assim conclui-se a importância primordial na consciência coletiva de que a indústria farmacêutica está diretamente ligada a pesquisas que visam à saúde populacional, e não apenas produção de medicamentos para consumo¹⁸.

O uso consciente dos medicamentos engloba toda a esfera social, atingindo diretamente as pessoas no âmbito emocional e ético, é preciso desenvolver o entendimento sobre saúde e doença ao ponto em que o nome medicamento (remédio) deixe de ser sinônimo de saúde, e passe a ser visto como meio de cura em uma justa necessidade⁴.

O Uso Racional de Medicamentos (URM) se designa a responsabilidade social, assegurar que os medicamentos cheguem às pessoas que precisam de forma controlada, sem desperdícios e erros de fórmula. Dentre as estratégias que levam a URM encontram-se o planejamento sobre os serviços das organizações farmacêuticas, com sua devida execução com prescrições racionais e a obediência a esta além da promoção de programas educativos ligados diretamente a comunidade³.

A proposta da URM foi feita em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS), pautada na compreensão de que pelo menos metade da população mundial não consome os medicamentos de forma adequada, apresentou o conceito do Uso Racional de Medicamentos na conferência de Nairóbe²⁰. O processo da URM visa atender adequadamente as necessidades sobre atendimento médico na determinação e distribuição dos medicamentos envolvendo prescrição adequada, controle de distribuição, dose e período de uso adequados e valor razoável³.

Dentro do Brasil o Ministério da Saúde, ainda como fórmula para promover a saúde pública e acesso a tratamento médico adequado, apresentou em 1997 a Política Nacional de Medicamentos (PNM). O projeto prevê a participação do Estado com a responsabilidade de assegurar o acesso a medicamentos pela população com eficácia e eficiência. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) atribui aos gestores a responsabilidade pelo cumprimento da URM em território Nacional²².

Uma pesquisa realizada pelo datafolha em 2019 apontou que cerca de 77% da população brasileira se automedica, sendo uma constante para cerca de 47% dos entrevistados que possuem o hábito de se automedicarem pelo menos uma vez ao mês, enquanto que 25% tem o costume mais rotineiro de pelo menos uma vez na semana, 2074 pessoas foram entrevistadas de todas as regiões brasileiras, desde as capitais a cidades interioranas, 53% dos entrevistados foram mulheres e 47% homens, 35% com ensino fundamental, 45% com ensino médio e 21% com ensino superior¹⁰.

A pesquisa além de apontar números alarmantes também serviu como referência para a construção da campanha de conscientização do uso racional de medicamentos do mesmo ano, sendo possível detectar não apenas o consumo desenfreado, mas também a não obediência a prescrição médica, 57% dos entrevistados afirmaram alterando a posologia do medicamento indicado, geralmente reduzindo a dose de algum ou de vários medicamentos prescritos, destes indivíduos os homens representaram 60% enquanto que jovens de 16 a 24 anos representaram 69% das pessoas que costumam não seguir as orientações médicas alterando a posologia prescrita⁹.

Na pesquisa foram revelados os medicamentos mais consumidos a aquisição e o descarte, os analgésicos e antitérmicos são os mais consumidos sendo 50% do consumo seguidos pelos antibióticos com 42% do consumo, em terceiro lugar ficaram os relaxantes musculares com 24% do consumo. A pesquisa aponta que 88% dos brasileiros compram os medicamentos enquanto que 30% retiram pelo SUS sendo a grande maioria são idosos acima de 60 anos, tendo ainda pessoas que pegam amostras grátis ou recebe doações de medicamentos, dessas aquisições 76% revelaram dar um descarte incorreto, a maioria joga no lixo comum os medicamentos vencidos, quase 10% dos entrevistados disseram descartar pelo esgoto⁹. De acordo com os dados obtidos na pesquisa, consideram-se os seguintes gráficos 1, 2:

Tabela 3: Freqüência do consumo dos participantes em seis meses de medicamentos sem prescrição médica.

FREQUÊNCIA	%	MEDICAMENTOS	%
Todo dia ou uma vez por semana	25	Analgésicos e antitérmicos	50
Uma vez ao mês	22	Antibióticos	42
Menos de uma vez ao mês	30	Relaxantes musculares	24
Não usam	23	Calmanes e antidepressivos	12
		Medicamentos para diabetes	7
		e colesterol	7

Fonte: Folha de São Paulo. Quase 80% dos brasileiros se automedicam, diz pesquisa Datafolha. 27 de Abril de 2019.

Em outra pesquisa publicada pelo UOL realizada pela Associação da Indústria Farmacêutica de pesquisa (Interfarma) com dados da IQVA, aponta os 10 medicamentos mais consumidos no Brasil em 2018. A pesquisa conta com 98% dos dados obtidos no mercado farmacêutico brasileiro, com aproximadamente 900 fontes entrevistadas como distribuidoras de medicamentos, redes farmacêuticas e farmácias independentes¹⁹.

Tabela 4: Os 10 medicamentos mais vendidos no Brasil em 2017.

TIPO	MEDICAMENTO	R\$ MILHÕES
Relaxante Muscular	Dorflex	470,7
Anticoagulante	Xarelto	286,8
Redução de pressão arterial	Selozok	230,3
Analgésico	Neosaldina	222,4
Relaxante Muscular	Torsilax	215,3
Anti-hipertensivo	Aradois	212,2
Antidiabético	Glifage XR	201,8
Suplemento vitamínico D	Addera D3	195
Protetor Solar	Anthelios	187,7
Cólicas	Buscopam composto	181,7

Fonte: Guia da Farmácia. Interfarma faz lista dos dez medicamentos mais vendidos no Brasil.

Medicamentos com valor acessível se tornam expressivos no mercado, sendo uma alternativa ao tratamento de sintomas específicos, quando não há a oportunidade de assistência médica, acesso a informação sobre o atendimento no SUS, farmácias populares adequadamente abastecidas como exemplos de principais fatores, logo é notável na tabela acima como medicamentos de baixo custo possuem uma venda tão

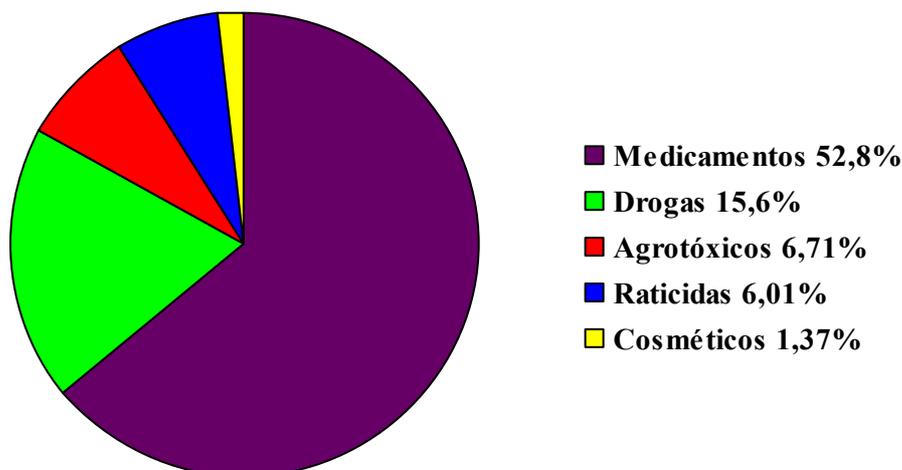
alta¹². O poder aquisitivo também é demonstrado como influenciador no alcance de medicamentos, sendo os tratamentos mais caros de difícil acesso as populações mais carentes, contudo os medicamentos de baixo custo, por ter um acesso mais atingível, costumam estar no topo das medicações utilizadas de forma inconsciente, o que também explica os números da tabela acima¹¹.

Nessa linha de construção sobre a alta taxa de uso indevido de medicamentos e a contribuição para os altos números de venda de medicamentos mais acessíveis, o Ministério da Saúde aponta que o uso de medicamentos por mulheres se mantém em alta tanto para mulheres que sofrem violência doméstica na tentativa de suportar tais violências, quanto por mulheres em situação de rua, para se manterem acordadas no período noturno na intenção da proteção contra a violência urbana, também é um fator apontado pelo Ministério da Saúde a dificuldade da população negra ao acesso a medicamentos e a saúde, também apontados pelo Ministério como uma população de altos índices de doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes e deficiência de G6PD, o que os torna mais vulneráveis na necessidade de medicamentos¹¹.

O grupo dos idosos está entre os mais medicados, ou com prescrição médica para medicamentos, tal fato pode ser dado pela necessidade física e psicológica, com a idade as pessoas tendem a ter mais doenças crônicas, porém por vezes o uso das medicações pode ser desenfreado e sem acompanhamento profissional, podendo ocorrer devido ao costume ou cultura do hábito da automedicação já instaurado e praticado por anos¹³. Contudo ainda há um agravante sobre o descontrole do uso racional dos medicamentos, o tráfico pode ser caracterizado como o fornecimento ilegal de medicamentos favorecendo a utilização inadequada e a dependência por medicamentos mesmo sem necessidade, ligado a esse agravante está a ineficácia da fiscalização, e a falta de vigilância do consumo. Desde 1996 medicamentos são responsáveis pela maioria das mortes por intoxicação em humanos¹³.

A automedicação foi responsável por aproximadamente 17.422 casos de intoxicação em 2017, segundo o Conselho Federal de Farmácia tais dados foram obtidos no site do DataSUS, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Com base nos dados do SINAN, entre 2010 e 2017 houve registro de 565.271 casos de intoxicação, sendo 298.976 pessoas intoxicadas por medicamentos, os demais números somam-se entre 88.686 casos de intoxicação por drogas, 37.950 por agrotóxicos, 34.027 intoxicações por raticida e ainda 7.751 intoxicações por cosméticos. Os números expressivos reforçam a ideologia do uso racional e consciente de medicamentos mostrando que a prática inconsciente é extremamente prejudicial a saúde, ocupando o topo do ranking de intoxicações²¹.

Gráfico 1: Índices de intoxicação no Brasil entre 2010 e 2017 com dados do SINAN.



Fonte: Conselho Federal de Farmácia. Estudo aponta perfil de intoxicação medicamentosa por automedicação no Brasil. 26 de junho de 2020.

A promoção do conhecimento sobre o uso racional engloba a vertente sobre compra e utilização dos medicamentos, sendo apenas realizado mediante orientação profissional, isto visa à utilização correta, uma vez que o profissional de saúde habilitado irá observar a necessidade da medicação e conciliar com outros fatores e associações e necessário¹³.

O Ministério da Saúde promove a conscientização do uso racional de medicamentos através de campanhas públicas, ofertando informações sobre doenças, cujo tratamento pode não depender de medicamentos, e assim incentivando o não consumo errôneo, já que não existe sua necessidade². Dentre as campanhas, observa-se que algumas são voltadas para a prevenção de enfermidades, através de ações públicas positivadas no repasse de informações na qual trata-se o conhecimento sobre o devido procedimento para o tratamento com supervisão profissional no intuito de anular a automedicação. São campanhas anuais como vacinação (contra sarampo realizada em fevereiro, setembro; gripe em março, hepatite entre setembro e junho), também campanhas voltadas ao dia mundial da malária em maio, doença de chagas em maio, luta contra a tuberculose em março, atualmente a campanha do coronavírus auxilia na atuação perante a pandemia sobre o risco da automedicação, sendo necessários alguns cuidados quando se apresenta os sintomas e o meio mais apropriado para atendimento profissional².

Tabela 5: Relação de campanhas públicas mensais e as cores

CAMPANHAS	FOCO	COR
Janeiro	Saúde Mental	Branco
Fevereiro	Lúpus; Mal de Alzheimer; Fibromialgia/ Leucemia	Roxo/ Laranja
Março	Câncer Colorretal	Azul Escuro
Abril	Autismo	Azul
Maio	Acidentes de Trânsito/ Hepatite	Amarelo/ Vermelho
Junho	Doação de Sangue/ Anemia	Vermelho/ Laranja

Julho	Câncer Ósseo, Hepatites Virais	Amarelo
Agosto	Aleitamento Materno	Dourado
Setembro	Saúde do coração/ Doação de Órgãos e Prevenção do Câncer de Intestino	Vermelho/ Verde
Outubro	Câncer de Mama	Rosa
Novembro	Câncer de Próstata, Cuidados da Diabetes	Azul
Dezembro	Câncer de pele/ Prevenção a AIDS	Laranja/ Vermelho

Através da Constituição Federal de 1988 entende-se que fica incumbida ao Estado a responsabilidade de assegurar a saúde para a população, mediante a disposição da prestação de serviço e distribuição de produtos do segmento pertinentes a promoção da saúde coletiva e do indivíduo, busca a utilização adequada de medicamentos fazendo campanhas públicas na mídia de conscientização, bem como a tomada de medidas para redução de riscos e agravos com informações nas embalagens e obrigatoriedade dos riscos nas bulas, fazendo parte também a conscientização sobre os riscos da automedicação com dados coletados e pesquisas divulgadas³.

Adquirir medicamentos na rede pública obedece a critérios de aferir a real necessidade, assim um ciclo é iniciado, tendo o paciente que passar por uma consulta e exames para a identificação real da necessidade do uso do medicamento, numa tentativa de restringir o uso a pessoas que realmente necessitam evitando o uso indiscriminado. A cada mês o Ministério da Saúde propõem uma campanha que envolve toda a população, com informativos nos postos de atendimento a comunidade e também por meios da mídia aberta como radio e televisão².

A campanha mais vista nos últimos meses se trata do novo vírus Covid-19, que provocou uma pandemia, levando sistemas de saúde pelo mundo ao colapso, além de ser o motivo de milhares de mortes. O Ministério da Saúde tem buscado junto às autoridades competentes disseminar o máximo de informações possíveis para a população, a principal recomendação é sobre a higiene individual, na tentativa de diminuir ao possível a propagação do novo vírus, um dos sistemas adotados para orientação e controle da propagação da doença é teleSUS que consiste em uma ligação feita para as pessoas através de uma central robotizada as pessoas também podem utilizar o número para ligar, além de diversas propagandas para rádio, televisão e cartazes nos estabelecimentos de saúde, internet entre outros¹⁷.

Em números globais a OMS apresenta que os países desenvolvidos possuem maior detenção de medicamentos, sendo a população destes países responsável por 90% do consumo da produção mundial de produtos farmacêuticos, destacando que apenas 15% da população de países desenvolvidos representam esse consumo. Já nos países em desenvolvimento o gasto com medicamentos corresponde de 25% a 70% com a saúde, enquanto que nos países desenvolvidos esse gasto é de apenas 15%. No âmbito nacional aproximadamente 35% dos medicamentos são consumidos em forma de automedicação¹⁴.

A globalização integra-se a uma nova ordem mundial com indústrias que visam a área financeira, com avanços que devem alcançar o mundo inteiro na tentativa de igualar as sociedades, ocorre que esse nivelamento social passa entre primeiro pelas

elites, tornando o processo irrelevante ao seu propósito. Este também foi um fator que contribuiu com a transformação dos estabelecimentos de medicamentos de uma ideologia social para o âmbito comercial apenas. A globalização tem a premissa de torna o acesso mais fácil a todos que compõem a sociedade, porém aspectos econômicos e financeiros daquela sociedade impõem limites, por assim dizer, pois o acesso passa a ser adaptável de acordo com a posição social de acordo com o poder aquisitivo das pessoas. Vencer tais desafios sociais é um grande passo para frear o uso inconsciente de medicamentos¹⁵.

CONCLUSÃO

Os medicamentos passaram por um longo desenvolvimento ao longo da história, e ainda está em plena evolução a partir de novas descobertas e novas tecnologias. Grandes descobertas foram feitas ao decorrer dos anos, muitas são utilizadas até os dias atuais por seu grande poder de cura, assim pressupõem-se o trabalho do farmacêutico em prol das descobertas e utilização das composições para o benefício social através do favorecimento da saúde e o acompanhamento do fortalecimento da tolerância das doenças a medicação.

O atendimento ao público possui uma mudança no que diz respeito às normas e procedimentos no decorrer das modificações da abordagem farmacêutica, assim as farmácias, hoje denominadas drogarias foram se moldando a novas realidades e se entrelaçando ao modelo de mercado estipulado na sociedade. Algumas mudanças também dificultaram o acesso de alguns consumidores a certos tipos de medicamentos, também favorecendo o alto consumo de medicamentos mais acessíveis financeiramente, com todas as medidas adotadas atualmente enquanto alguns medicamentos passam a ser consumidos de modo desenfreado outros faltam a pessoas que necessitam, o que também aponta para a área pública e a gestão ineficiente com relação a real necessidade das pessoas de diferentes lugares.

A preocupação com a utilização racional de medicamentos promove campanhas públicas na premissa de educar a população e alertar sobre os perigos de não consultar um profissional da saúde e os malefícios que o uso descontrolado pode trazer para as pessoas. Contudo os números de pesquisas realizadas mostram o quanto o investimento na análise da população por suas regiões e suas necessidades específicas faz-se necessário no combate ao uso irracional de medicamentos, demonstrando uma deficiência desde o estudo sobre a população brasileira e as doenças mais comuns por regiões.

As diferenças sociais em específico a financeira tornam-se um abismo para a igualdade e a distribuição igualitária de medicamentos para que o atendimento a população seja feito de forma eficiente e efetiva. O trato farmacêutico torna-se cada vez mais comercial, em tempos de uma pandemia devido ao novo corona vírus torna-se mais perceptível a corrida da indústria farmacêutica, não apenas pela vacina, mas também pela patente da vacina. Em suma, o trato dos medicamentos e o uso racional partem de uma história onde os medicamentos foram desenvolvendo-se a partir de novas tecnologias e descobertas de fórmulas, onde o benefício para o tratamento de doenças foi sendo aprimorado, ao mesmo modo a indústria farmacêutica foi sendo mais difundida no mercado, passando a ser cada vez mais comercial e concorrente, assim a mudança nos estabelecimentos do ramo e da conduta profissional foi se adaptando as novas sociedades, e a globalização, mesmo não atendendo as premissas pré-fixadas sobre os objetivos de integração populacional sem distinção.

REFERÊNCIAS

- ¹FILHO, J. P. de M. Cuidados farmacêuticos e os medicamentos isentos de prescrição: uma revisão integrativa da literatura. Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, 2018.
- ²BRASIL. Secretária de Ciência e tecnologia e insumos estratégicos. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos. 2015.
- ³MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. de. Promoção do uso racional de medicamentos: Uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2016;40(111):101116.
- ⁴PALODETO, M. F. T.; FISCHER, M. L. A representação da medicação sob a perspectiva da Bioética. Saúde Soc. São Paulo. 2018;27(1): 252-267.
- ⁵MELO, D. O. de; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. 2006;42(4).
- ⁶MENEZES, R. F. Da História da Farmácia e dos Medicamentos. Rio de Janeiro (FF da UFRJ): Nota: Disponibilizado no sítio Laboratório de Consumo & Saúde. Faculdade de Farmácia (FF) da UFRJ, 2005.
- ⁷PEREIRA, M. L.; NASCIMENTO, M. M. G. do. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. Rev. Bras. Farm. 2011;92(4): 245-252.
- ⁸ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Medicamentos: Uso seguro e cuidados essenciais. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/temas-de-interesse/medicamentos-uso-seguro-e-cuidados-essenciais>>. Acesso em 05 de junho de 2020.
- ⁹CRF SP – Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Pesquisa aponta que 77% dos brasileiros têm o hábito de se automedicar. Disponível em <<http://www.crfsp.org.br/noticias/10535-pesquisa-aponta-que-77-dos-brasileiros-t%C3%AAm-o-h%C3%A1bito-de-se-automedicar.html#:~:text=S%C3%A3o%20Paulo%2C%2030%20de%20abril,medicamentos%20nos%20%C3%BAltimos%20seis%20meses.>>. Acesso em 05 de junho de 2020.
- ¹⁰Folha de São Paulo. Quase 80% dos brasileiros se automedicam, diz pesquisa Datafolha. 27 de Abril de 2019. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/04/quase-80-dos-brasileiros-se-automedicam-diz-pesquisa-datafolha.shtml>>. Acesso em 15 de outubro de 2020.
- ¹¹BRASIL. Comitê Nacional para o uso racional de medicamentos. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Uso de medicamentos e medicalização da vida: Recomendações e estratégias. 2019.
- ¹²Guia da Farmácia. Interfarma faz lista dos dez medicamentos mais vendidos no Brasil. Disponível em <<https://guiadafarmacia.com.br/interfarma-faz-lista-dos-dez-medicamentos-mais-vendidos-no-brasil/>>. Acesso em 7 de junho de 2020.
- ¹³MARQUES, T. R. Fatores associados a automedicação. Faculdade de ciências e educação SENA AIRES. Valparaíso de Goiás, 2014. Disponível em <<https://guiadafarmacia.com.br/interfarma-faz-lista-dos-dez-medicamentos-mais-vendidos-no-brasil/>>. Acesso em 8 de junho de 2020.
- ¹⁴ROCHA, A. L. R. da. Uso racional de medicamentos. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11634/1/25.pdf>>. Acesso em 10 de junho de 2020.

¹⁵GAMBARO, C. M. Acesso a medicamentos x Globalização: Análise sobre o papel do direito. Revista de direito sanitário. 2008;8(3): 130-147.vol.

¹⁶METZNER, V. C. V. Proposta de modelo de rastreabilidade para o setor de medicamentos no Brasil utilizando o conceito de Internet das coisas. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. 2017. Disponível em <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3148/tde-23102017-103323/publico/VivianCristinaVellosoMetznerCorr17.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2020.

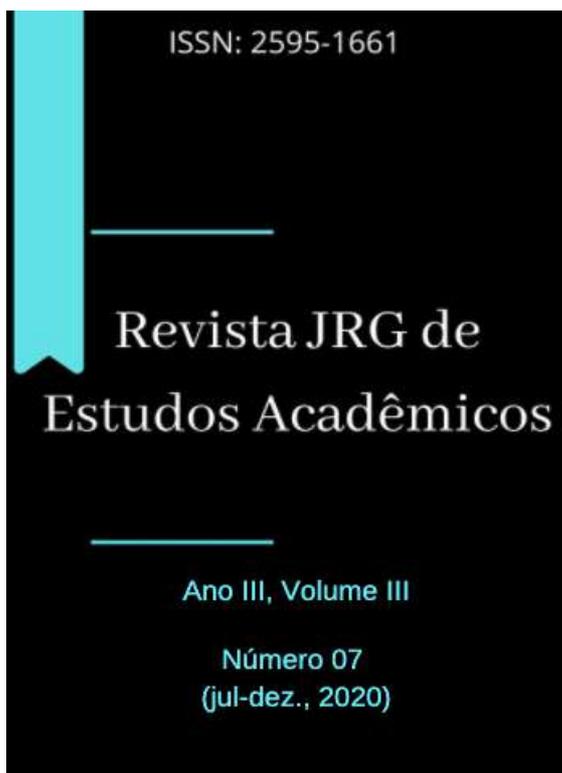
¹⁷BRASIL. Ministério da Saúde. 2020. Corona vírus (Covid-19). Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/>>. Acesso em 23 de junho de 2020.

¹⁸STÜLP, Camille Bertha; MANSUR, Samira Schultz. O estudo de Claudio Galeno como fonte de conhecimento da anatomia humana. Khronos, Revista de História da Ciência nº 7, 2019.

¹⁹UOL. O que os 10 remédios com venda mais expressiva dizem sobre nossa saúde. 2019. Disponível em <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2019/12/16/os-10-remedios-mais-vendidos-no-brasil-e-o-que-eles-dizem-sobre-nossa-saude.htm>> Acesso em 15 de outubro de 2020.

²⁰Franceschet-de-SOUSA, Iane; BISCARO, Andressa; BISCARO, Fernanda; FERNANDES, Marcelo Soares. Uso Racional de Medicamentos: Relato de Experiência no Ensino Médico da Unesc, Criciúma/SC. Revista Brasileira De Educação Médica 439 34 (3) : 438 – 445 ; 2010.

²¹Conselho Federal de Farmácia. Estudo aponta perfil de intoxicação medicamentosa por automedicação no Brasil. 2020. Disponível em <[²²VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de; CHAVES, Gabriela Costa; AZEREDO, Thiago Botelho; SILVA, Rondineli Mendes da. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de \(quase\) 20 anos de implementação. Ciênc. saúde coletiva vol.22, no.8. Rio de Janeiro, ago. 2017.](https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5849&titulo=Estudo+aponta+perfil+de+intoxica%C3%A7%C3%A3o+medicamentosa+por+automedica%C3%A7%C3%A3o+no+Brasil#:~:text=A%20automedica%C3%A7%C3%A3o%20motivou%2017.923%20dos,6.888%20ou%205%2C82%25).> Acesso em 19 de outubro de 2020.</p></div><div data-bbox=)



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **22/10/2020**

Data de reformulação: **02/11/2020**

Data do aceite: **08/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4276274>

Publicado: **2020-11-16**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS VICTIMS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

*Jessyka Ribeiro da Silva¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²*

RESUMO

Objetivos: Investigar o papel do profissional de enfermagem na assistência à pacientes vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). **Metodologia:** Foi adotada como metodologia no presente trabalho, a revisão integrativa de literatura. Foi realizado uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo escolhida como base de dados a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a BDEF (Base de Dados de Enfermagem). **Resultados:** Seleccionaram-se doze artigos, de um total de 95 encontrados, para a realização da pesquisa. Mostrou-se a importância da atuação da equipe de enfermagem com paciente IAM do diagnóstico à alta-hospitalar. Após a confirmação do IAM, o enfermeiro continua a sua assistência junto ao paciente. Deve preparar um plano de cuidados, atendendo a todas as suas necessidades, estando atento à oxigenação e ventilação, circulação e perfusão oferecidos, dar atenção ao controle da dor, oferecendo segurança biopsicossocial e espiritual. **Conclusão:** Verificou-se o quanto a atuação do

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

enfermeiro é indispensável nos cuidados prestados aos pacientes vítimas de IAM, desde o diagnóstico até o pós-alta hospitalar.

Palavras-chaves: Infarto agudo do miocárdio. Assistência de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Atuação de enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: *To investigate the role of the nursing professional in assisting patients suffering from Acute Myocardial Infarction (AMI). Methodology: The integrative literature review was adopted as the methodology in this study. A search was performed at the Virtual Health Library (VHL), with LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and BDNF (Nursing Database) being chosen as the database. Results: Twelve articles were selected, out of a total of 95, found for the research. The importance of the performance of the nursing team with AMI patients from diagnosis to discharge was shown. After confirmation of AMI, the nurse continues to assist the patient. You must prepare a care plan, meeting all your needs, paying attention to the oxygenation and ventilation, circulation and perfusion offered, giving attention to pain control, offering biopsychosocial and spiritual security. Conclusion: It was verified how essential the nurse's performance is in the care provided to patients suffering from AMI, from diagnosis to post-discharge.*

Key-words: *Acute myocardial infarction. Nursing care. Nursing diagnosis. Nursing practice.*

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), o qual é classificado como uma doença coronariana, são a principal causa de óbitos em todo o mundo, tendo forte impacto na Saúde Pública mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2015 cerca de 7,4 milhões de pessoas morreram devido a doenças cardiovasculares¹. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2014 o Brasil registrou 340.284 obtidos por doenças cardiovasculares, sendo que 87.234 foi devido a IAM².

Nos últimos anos a incidência de mortes por IAM aumentou no Brasil, estando isso relacionado ao estilo de vida da população, sedentarismo, estresse e hábitos alimentares³. A elevada taxa de mortalidade por IAM nos hospitais públicos do Brasil está relacionada a dificuldade de acesso ao tratamento e aos métodos de repercussão coronariana e as medidas terapêuticas escolhidas⁴.

Apesar das altas taxas de mortalidade e do aumento do número de casos em todo o mundo, os tratamentos estabelecidos nos últimos anos têm diminuído os óbitos significativamente. Na década de 50, por exemplo, cerca de 30% dos pacientes com IAM vinham a óbito. Com o avanço das técnicas essa porcentagem caiu para 6%⁵.

Perante ao exposto, é visto o quanto as medidas hospitalares são necessárias para que a pessoa não venha a óbito, tendo a sua atenção voltada da suspeita diagnóstica à minimização dos riscos. O papel do profissional de enfermagem é essencial para atender as necessidades dos pacientes acometidos por IAM, pois é um dos primeiros da equipe interdisciplinar a ter contato com o paciente, prestando os primeiros atendimentos. Logo, tem papel fundamental na realização do diagnóstico e nas intervenções a serem realizadas com os pacientes acometidos³.

Dessa forma, o presente trabalho justifica-se pelo fato do alto índice de casos de IAM, da importância da assistência de enfermagem no atendimento ao paciente e da necessidade de produção de informações sobre o tema em questão. Assim, quanto

mais estudos produzidos sobre a temática, maior a contribuição para o aprimoramento das técnicas e práticas profissionais. Para o graduando de Enfermagem, estudar esse tema contribui para o entendimento da sua importância no cuidado dos pacientes acometidos por IAM. Diante do exposto, falar do papel do profissional de enfermagem no atendimento aos pacientes com IAM contribuíra não só com a formação profissional, mas também, trará benefícios para os pacientes, uma vez que pode contribuir com a melhora das intervenções.

Portanto, o objetivo da elaboração do presente artigo foi: investigar o papel do profissional de enfermagem na assistência à pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio, identificando como se dá o diagnóstico de enfermagem em pacientes acometidos por IAM, compreendendo as atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem frente a um atendimento de pacientes com IAM e identificando as dificuldades do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com IAM. Buscou-se responder o seguinte problema de pesquisa: Como o profissional de enfermagem pode contribuir na assistência a pacientes com IAM?

2. METODOLOGIA

Foi adotado como metodologia no presente trabalho a revisão integrativa de literatura. Esse método tem o objetivo de reunir e sintetizar estudos científicos já produzidos anteriormente sobre o tema, buscando contribuir para o desenvolvimento e aprofundamento da temática em questão⁶.

Foi realizado uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo escolhida como base de dados a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e a BDEF (Base de Dados de Enfermagem). Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: estar em português, ter sido publicado entre 2010 e 2020 e tratar da atuação do enfermeiro junto a paciente com IAM. Os critérios de exclusão foram: tese, dissertação ou monografia; artigos repetidos; artigos de opinião; editoriais e estudos envolvendo população não humana.

Após a seleção dos artigos, foi realizada a definição das informações a serem coletadas, a fim de responder à questão norteadora da pesquisa. Para a análise e interpretação dos dados, foram elaborados três quadros. No primeiro quadro consta o número de artigos encontrados na amostra inicial e de artigos selecionados para a amostra final, em ambas as bases de dados de acordo com cada combinação de descritores. No segundo quadro, consta a apresentação dos artigos selecionados para o estudo, contendo o título do artigo, os autores, a base de dados, o nome do periódico e o ano de publicação. Já no quadro três, contém os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, a amostra estudada e os principais resultados encontrados. Em seguida, foi realizada uma síntese, a partir dos estudos selecionados, para ser possível responder aos objetivos da pesquisa.

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2010 e 2020 a produção de amostra que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão do presente estudo foi de 12 artigos, nota-se que não é uma amostra ampla, diante da relevância do tema em questão. Nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2020 não foram encontrados nenhum estudo sobre o objeto de estudo que se encaixassem nos critérios de inclusão e exclusão. Nos anos de 2013, 2014 e 2015 tiveram apenas uma publicação em cada ano. Já o ano de 2016 teve quatro publicações, ano no qual ocorreu mais publicações dentre os anos dos artigos selecionados. Enquanto no ano de 2017 foram encontrados dois estudos, em 2018 dois e em 2019 apenas uma publicação acerca do objeto de estudo em questão.

Os autores dos artigos são membros dos seguintes campos de conhecimento: enfermagem e medicina, envolvidos com cuidados clínicos de enfermagem, seja atuando como docente e/ou trabalhando em unidades de saúde.

Dentre os estudos selecionados, dois periódicos ganharam destaque, sendo eles a Revista de Enfermagem UFPE On Line (Universidade Federal de Pernambuco) e a Revista de Enfermagem UFPI (Universidade Federal do Piauí), foram encontrados três estudos na primeira e dois na segunda. Esses seis periódicos fazem parte da base de dados BDEF.

O descritor infarto agudo do miocárdio foi combinado com os seguintes descritores escolhidos: intervenção de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e atuação do enfermeiro. A amostra inicial constituiu-se de 95 artigos, conforme apresentado no quadro 1 exposto a seguir:

Quadro 1- Número de artigos encontrados na amostra inicial e de artigos selecionados para a amostra final, em ambas as bases de dados (LILAS e BDEF) de acordo com cada combinação de descritores

Combinação dos descritores	Artigos encontrados na amostra inicial	Artigos selecionados para a amostra final
“infarto agudo do miocárdio” and “assistência de enfermagem”	68	12
“infarto agudo do miocárdio” and “diagnóstico de enfermagem”	22	0
“infarto agudo do miocárdio” and “atuação de enfermagem”	5	0
Total	95	12

Fonte: Autores, 2020.

Selecionaram-se 12 artigos de um total de 95 encontrados, para a realização da pesquisa.

Dos 68 artigos encontrados com a combinação dos descritores “infarto agudo do miocárdio” and “assistência de enfermagem”, 12 foram selecionados para a amostra final. Com a combinação dos descritores “infarto agudo do miocárdio” and “assistência de enfermagem” e “infarto agudo do miocárdio” and “atuação de enfermagem” nenhum artigo foi selecionado.

Dos 58 manuscritos excluídos com a combinação dos descritores “infarto agudo do miocárdio” and “assistência de enfermagem”, 16 artigos estavam duplicados, 12 não tratavam especificamente do IAM, 17 não abordavam a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente acometido por IAM, 1 não estava em português, 3 não estavam disponíveis, 2 foi publicado antes de 2010 e 7 não eram artigos, mas sim, teses.

Com a combinação dos descritores “infarto agudo do miocárdio” and “diagnóstico de enfermagem” nenhum artigo foi para a amostra final, pois dos 22 artigos encontrados, 6 estavam duplicados, 7 não tratavam especificamente do IAM, 6 não abordavam a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente acometido por IAM, 1 não estava em português e 2 não estavam disponíveis.

Por fim, com a combinação dos descritores “infarto agudo do miocárdio” and “atuação de enfermagem”, nenhum artigo foi para a amostra final, pois dos 5 artigos encontrados, 3 estavam duplicados e 2 não abordavam a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente acometido por IAM.

Na seleção inicial dos artigos cada título e resumo foi lido, descartando aqueles que não se encaixaram nos critérios de inclusão ou que faziam parte dos critérios de exclusão. Após esta seleção inicial, 14 artigos foram lidos na íntegra, a fim de fazer

uma seleção mais refinada, chegando a 12 artigos selecionados para a amostra final. Um dos 14 artigos lidos na íntegra, foi publicado antes de 2010, não obedecendo o critério período de publicação, e o outro não tratava da atuação do enfermeiro com pacientes vítimas de IAM

Observa-se que a partir da pesquisa realizada, foi encontrada uma amostra inicial de 57 estudos da base de dados LILACS, a partir das combinações dos descritores. Dessa base de dados, foram selecionados 5 manuscritos para a composição final da presente pesquisa.

Na base de dados BDENF foram encontrados uma amostra inicial de 38 estudos. Dessa base de dados, foram selecionados 7 manuscritos para a composição da presente pesquisa.

O quadro de síntese sobre essas informações apresentadas até agora está exposto a seguir:

Quadro 2 - Apresentação dos artigos selecionados para o estudo, de acordo com o título do artigo, autores, base de dados, nome do periódico e ano de publicação.

Nº	Título	Autores	Base de dados	Periódico	Ano
1	Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio	Thiago Enggle Alves; Maria Gracirene Silva; Lucídio Clebeson Oliveira; Ana Cristina Arrais; João Evangelista Menezes Júnior	BDENF	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2013
2	Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência	Felipe Gonçalves dos Santos; Cássia Regina Vancini Campanharo; Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes; Meiry Fernanda Pinto Okuno; Ruth Ester Assayag Batista	LILACS	Revista Eletrônica de Enfermagem	2015
3	Banho no leito de infartados: crossover do controle hidrotérmico 40°C versus 42,5°C	Cleivison José Barbosa da Silva; Monyque Évelyn dos Santos Silva; Fernanda Faria Reis; Gabriela Cristina Oliveira de Miranda; Luiz dos Santos; Dalmo Valério Machado de Lima	LILACS	Online Brazilian Journal of Nursing	2016
4	Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem	Kaiomax Renato Assunção Ribeiro; Ludmila Pinheiro da Silva; Maria Luzia Silva Lima	BDENF	Revista de Enfermagem da UFPI	2016
5	Cuidados de enfermagem para conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa cuidado	Keila Maria de Azevedo Ponte; Lúcia de Fátima da Silva	BDENF	Revista de Enfermagem da UFPI	2017
6	Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio	Holanda da Cunha, Gilmara; Lima Ramalho, Ane Kelly; Maia Cruz, Alyne Mara; Correia Lima, Maria Amanda; Barbosa Franco, Katia; Rodrigues de Oliveira Lima, Reângela Cintia	BDENF	Aquichan	2018

7	Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos	Thaís Gassi Guerra Pedrão, Evelise Helena Fadini Reis Brunori, Eloiza da Silva Santos, Amanda Bezerra, Sérgio Henrique Simonetti	BDENF	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2018
8	Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola	Cristiano Caveião; Renata Bassos dos Santos; Juliana Helena Montezeli; Angelita Visentin; Christiane Brey; Vanessa Bertoglio Comasseto Antunes de Oliveira	LILACS	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro (RECOM)	2014
9	Eletrocardiograma na prática do enfermeiro em urgência e emergência	Lívia da Silva Firmino dos Santos; Roberto Lima Costa; Paula Rodrigues dos Santos; Silvana Pereira Espindola; Camila Rafaela da Silva Souza Bertholy; Sara Gabriele de Carvalho Severiano; Sara Emanuele dos Santos Freitas.	LILACS	Revista Nursing	2019
10	Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do risco coronariano em pacientes hospitalizados	Randson Sousa Rosa; Darlyane Antunes Macêdo; Bruno Gonçalves de Oliveira; Eliane dos Santos Bomfim; Cezar Augusto Casotti; Ivanete Fernandes do Prado	LILCAS	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	2016
11	Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura	Rodrigo Abreu de Vargas; Fernando Riegel; Nery de Oliveira Junior; Diego Silveira Siqueira; Maria da Graça Oliveira Crossetti	BDENF	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2017
12	Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio	Andreia Santos Mendes; Virgínia Ramos dos Santos Souza Reis; Carlos Antonio de Souza Teles Santos; Fernanda Carneiro Mussi	BDENF	Acta Paulista de Enfermagem	2016

Fonte: Autores, 2020.

No que diz respeito a metodologia, apenas dois dos 12 estudos selecionados adotaram a revisão de literatura como metodologia, os demais foram realizações de pesquisas de campo.

Acerca dos objetivos dos estudos, em linhas gerais, foi consenso entre eles a identificação da importância da assistência de enfermagem nos cuidados de pacientes vítimas de IAM. Nessa mesma linha de raciocínio, também foi visto que os resultados obtidos com os estudos, ressaltam que o profissional de enfermagem contribui significativamente para o atendimento dos pacientes, assim como apontaram que este profissional tem fundamental importância no que diz respeito ao diagnóstico da patologia em questão.

Para melhor visualizar tais informações, a seguir o quadro 5 apresenta os objetivos dos estudos, a metodologia utilizada, a amostra estudada e os principais resultados encontrados:

Quadro 3 - Apresentação dos objetivos dos estudos, a metodologia utilizada, a amostra estudada e os principais resultados encontrados.

Nº	Objetivos	Metodologia	Amostra	Principais resultados
1	Analisar a assistência emergencial de enfermagem oferecida a usuários que dão entrada no Pronto-Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), localizado na cidade de Mossoró -Rio Grande do Norte-Brasil, acometidos por infarto agudo do miocárdio.	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado	Enfermeiros que trabalham no setor de urgência/emergência da unidade.	A falta de recursos hospitalares como a carência de leitos, materiais de suporte ventilatório e monitorização dificultam a atuação com qualidade do profissional de enfermagem
2	Avaliar os índices de qualidade da assistência prestada aos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) relacionando a alta, óbito e o tempo de internação.	Pesquisa transversal e analítica	84 prontuários de pacientes com suspeita de SCA.	O profissional de enfermagem tem crucial importância na classificação de risco nos Serviços de Emergência e conhecimento dos algoritmos no atendimento ao paciente com dor torácica na sala de emergência. O diagnóstico de enfermagem deve ser realizado de forma precoce para obtenção de sucesso nos procedimentos. O tempo de internação foi menor naqueles pacientes que tiveram atendimento e diagnóstico precoce.
3	Comparar as repercussões da temperatura da água do banho no leito do paciente infartado sobre variáveis oximétricas e hemodinâmicas de uma unidade coronariana de um hospital universitário do município de Niterói (RJ)	Ensaio clínico do tipo crossover 2x2	20 pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, acometidos por IAM.	A atuação da equipe de enfermagem é indispensável para que o banho seja efetivo e seguro. O banho a 40°C e a 42,5°C são seguros no que se refere às variáveis FC, SpO2 e Tax.
4	Descrever as intervenções de enfermagem prestadas a pacientes com IAM e descrever a fisiopatologia desta doença.	Revisão de literatura de artigos publicados de 2011 a 2016	Foram selecionados 11 artigos para a amostra final.	O profissional de enfermagem tem fundamental importância no auxílio psicológico e emocional do paciente, bem como na redução do estresse e da ansiedade na fase aguda dos sintomas. Tem o papel de cuidar da dor, de

				oferecer suporte familiar, orientações, etc.
5	Descrever os cuidados clínicos para o conforto físico de mulheres com IAM realizado pela equipe de enfermagem.	Pesquisa-cuidado. Os dados foram coletados através de entrevista individual, diário de campo e observação participante.	Nove mulheres maiores de 18 anos de idade.	O profissional de enfermagem tem papel fundamental no alívio do desconforto precordial e sintomas clínicos; na execução de cuidados de enfermagem; na melhora do conforto do paciente no leito; na satisfação das necessidades básicas, como hidratação e alimentação e no cuidado do sítio de punção da pressão arterial.
6	Compreender os diagnósticos de enfermagem em pessoas com IAM em emergência hospitalar, segundo a teoria do autocuidado de Orem.	Estudo transversal	50 pacientes enfartados.	A equipe de enfermagem deve procurar realizar um atendimento individualizado, eficaz e holístico.
7	Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico e identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem	Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo	23 pacientes cardíacos	O enfermeiro tem vital importância nos cuidados prestados ao paciente cardíaco principalmente no que diz respeito ao controle da nutrição, do ambiente, da higiene pessoal do paciente e do posicionamento do paciente no leito.
8	Identificar a prática da equipe de enfermagem no cuidado a paciente com dor torácica em um pronto atendimento.	Estudo exploratório, com uma abordagem descritiva e quantitativa. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada.	9 enfermeiros.	O atendimento a pacientes com apresentação de dor torácica é visto como prioridade. Há a necessidade de padronização dos procedimentos a serem realizados, mediante um protocolo ou rotina padronizada
9	Analisar a prática clínica do enfermeiro frente ao eletrocardiograma em situações de emergência no Brasil.	Revisão integrativa com a utilização do método PICO	Foram selecionados 7 artigos para a amostra final.	IAM foi a patologia mais presente nas situações de emergência e urgência. O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado do paciente com IAM, devendo solicitar o eletrocardiograma, realizando-o de forma ágil e interpretando-o.
10	Avaliar o risco de pacientes hospitalizados ter uma doença coronariana ou IAM nos próximos 10 anos e discutir os cuidados de enfermagem.	Estudo descritivo de corte transversal	42 pacientes hospitalizado.	42,5% dos pacientes hospitalizados apresentam risco de desenvolver o IAM nos próximos 10 anos.
11	Conheceras estratégias empregadas na melhora da	Revisão integrativa	15 artigos publicados entre os anos de 2011 e 2016	Evidenciou-se que o planejamento assistencial profissional pode contribuir para a recuperação e melhora do paciente.

	qualidade de vida de pacientes que estão passando por pós IAM.			
12	Investigar os tempos relacionados ao acesso de pessoas acometidas com IAM a hospitais referência em cardiologia e a correlação entre eles.	Pesquisa transversal	100 pessoas com infarto	Os tempos foram elevados no que diz respeito a tomada de decisão para o atendimento, a chegada no primeiro serviço de saúde, a admissão no serviço e a permanência nele.

Fonte: Autores, 2020.

4. DISCUSSÃO

A seguir é apresentada uma síntese, abordando como se dá o diagnóstico de enfermagem em pacientes acometidos por IAM, quais as atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem frente a um atendimento de pacientes com IAM e as dificuldades do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com IAM.

4.1 Diagnóstico de enfermagem em pacientes acometidos por IAM

Na maioria dos casos de entrada de paciente com dor torácica na emergência hospitalar, a equipe de enfermagem é o primeiro profissional a ter contato com o paciente, constatando, em grande parte das vezes, que o paciente esteja sofrendo um IAM. Dessa forma, tal profissional torna-se indispensável em todo o atendimento do paciente, desde a sua admissão na unidade até a alta-hospitalar⁸.

Cabe ao enfermeiro diferenciar os sinais e sintomas do IAM de outras emergências cardíacas. Isso deve ser realizado de forma ágil e eficiente, pois quanto mais rápido for, mais favorável o prognóstico. Por mais que o diagnóstico tenha que ser feito com rapidez, deve ter qualidade nos procedimentos, visando o melhor atendimento do paciente e a contenção de custos⁹.

Ao chegar na unidade de saúde o enfermeiro deve verificar se o paciente apresenta os principais sinais do IAM, como dor precordial em aperto intenso, irradiando a dor para o lado esquerdo, náuseas e vômito, por exemplo. Além disso, deve fazer um exame físico a fim verificar os batimentos cardíacos e a pressão arterial¹⁰.

Uma outra medida a ser tomada assim que o paciente entra na emergência é a colocação, junto à equipe, do acesso venoso periférico, de forma segura, para a medicação endovenosa e realizar a coleta de sangue. É válido ressaltar que a medicação a ser administrada deve ser prescrita pelo médico. Um dos agentes mais utilizados são os trombolíticos, a fim de ter efeitos anticoagulantes que possibilitam a perfusão cardíaca⁹⁻¹⁰.

Para confirmar se realmente o indivíduo está sofrendo um IAM, é indispensável que seja realizado um eletrocardiograma (ECG), sendo o exame decisório para confirmar a suspeita de IAM e iniciar o mais rápido possível o tratamento⁹. O ECG demanda não só a realização do exame em si, mas também a sua solicitação, a rápida execução e a sua interpretação. Para que tudo isso seja realizado com eficiência o enfermeiro deve passar por um treinamento para a prática do ECG, assim como para a sua interpretação. Além dessas atribuições a este profissional, ele deve

supervisionar e capacitar a equipe de enfermagem sobre os procedimentos corretos para a realização deste exame¹¹. No entanto, é importante destacar que a maioria dos cursos de graduação de Enfermagem e Medicina, não oferecem um treinamento prático formal para a realização e interpretação do ECG. Tal fato torna-se preocupante, pois se houvesse um treinamento formal o número de diagnósticos incorretos poderiam diminuir¹².

Ao fazer a interpretação do ECG, o enfermeiro deve estar atento tanto às anormalidades da atividade elétrica cardíaca, quanto as intervenções e cuidados de enfermagem que serão necessárias após a confirmação do diagnóstico. Em algumas emergências os profissionais de enfermagem devem aguardar a ordem médica para a realização do ECG. No entanto, em sua grande maioria, este exame pode ser realizado mesmo antes da chegada do médico, pois cada minuto deve ser aproveitado¹⁰.

Além do ECG outros exames laboratoriais podem ser solicitados. Exames para a verificação da Creatina Quinase do Músculo Cardíaco ou Mioglobina (enzima cardíaca), da Troponina (proteína presente no músculo cardíaco) e da Mioglobina (proteína heme que transporta oxigênio para o músculo cardíaco e esquelético) são essenciais para diagnosticar o IAM, sendo o enfermeiro o profissional responsável em agilizar a realização destes exames, após a solicitação médica¹⁰.

Diante do apresentado, é visto que o profissional de enfermagem tem papel crucial na realização do diagnóstico do paciente, indo muito além de um atendimento. Ele deve não só cuidar do paciente, mas também capacitar a sua equipe, preparando-a para o atendimento emergencial. Isso possibilitará um atendimento habilidoso e tomadas de decisões rápidas⁹. É visto que o diagnóstico e a terapêutica do IAM deve ser realizado da maneira mais precoce possível, visando a minimização dos riscos que esta patologia pode trazer ao paciente¹³. Logo, a equipe de enfermagem deve realizar o cuidado do paciente de forma eficaz, holística e individualizada¹⁷.

Após o atendimento inicial outros procedimentos devem ser tomados, a seguir há um melhor detalhamento acerca deles.

4.2 Atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem frente a um atendimento de pacientes com IAM

Após a confirmação do IAM, o enfermeiro continua a sua assistência junto ao paciente. Deve preparar um plano de cuidados, atendendo a todas as suas necessidades, estando atento à oxigenação e ventilação, circulação e perfusão oferecidos, dar atenção ao controle da dor, oferecendo segurança biopsicossocial e espiritual⁹.

O enfermeiro tem grande importância no conforto emocional do paciente. Diante disso, quando realiza a redução do nível de ansiedade, está desempenhando intervenção fundamental, uma vez que a redução da ansiedade gera menor esforço da atividade cardíaca, menor necessidade de suporte de oxigênio e assim, menor chance de ocorrer lesões no miocárdio. Uma boa interação com o paciente, ou seja, o oferecimento de conforto a ele, possibilita também, a diminuição dos efeitos da ansiedade e conseqüentemente a diminuição da agitação, que quando presente piora o quadro clínico do paciente⁹⁻¹⁰.

O alívio da dor do paciente, é uma das formas da redução da ansiedade gerada pelo IAM sendo o sulfato de morfina o analgésico mais usado para proporcionar tanto um alívio da dor e da ansiedade, quanto a minimização da carga de trabalho cardíaco. Conhecer os princípios da terapia medicamentosa, bem como as reações adversas e ações dos medicamentos, as vias de administração, a dosagem correta é uma das

principais tarefas do enfermeiro, sendo o principal responsável pela realização destes procedimentos¹⁰.

Como um dos papéis do enfermeiro é proporcional o conforto do paciente, a manutenção do sono e repouso estão dentro desta intervenção. O profissional deve avaliar a qualidade do sono do paciente, realizando intervenções para que haja a melhoria da qualidade e da quantidade do sono¹⁴.

A monitorização contínua do paciente é outra intervenção a ser realizada pela equipe de enfermagem. O profissional deve ficar atento aos sinais vitais, alteração no ritmo cardíaco e desconforto respiratório. Além disso, uma dieta adequada é indispensável, a equipe de enfermagem é responsável no auxílio, seguindo as recomendações dos outros profissionais envolvidos¹⁰.

A higienização do paciente, como o banho no leito, é outra demanda a ser atendida pela equipe de enfermagem. Como o repouso no leito é essencial para a redução do gasto de energia cardíaca, o banho no próprio leito do paciente é o mais indicado. Esta técnica proporciona ao paciente não só a sua higiene, mas também, conforto e comodidade. Durante a realização deste procedimento, o profissional deve voltar-se para a minimização de possíveis intercorrências, pois a troca de posição do paciente no leito e a temperatura da água são alguns dos riscos apresentados por esta técnica¹⁵.

Além dos procedimentos hospitalares realizados, o enfermeiro tem papel fundamental no esclarecimento das dúvidas do paciente e seus familiares, na avaliação das necessidades e no atendimento das expectativas do paciente. É importante destacar que todo o atendimento do enfermeiro não é realizado de maneira isolada e sim junto a uma equipe multiprofissional, para que seja possível a realização de tomada de decisões em conjunto e contemplar a todos as necessidades do paciente⁹. Além disso, é essencial que a equipe de enfermagem vá além do controle dos sintomas, devendo oferecer um suporte espiritual e emocional tanto para os pacientes, quanto para seus familiares, voltando-se para a prestação de um cuidado holístico¹⁸.

A educação do paciente é uma das tarefas fundamentais a serem realizadas pelo profissional de enfermagem¹⁹. Deve explicar o autocuidado do paciente tanto para ele, quanto para a sua família, instruindo-os sobre conhecimentos acerca de sua saúde. Dentro desses procedimentos, devem ensinar o reconhecimento dos sinais de eventos cardiovasculares, bem como, o modo de socorrer a pessoa acometida. Frente a um episódio, esse tipo de conduta pode vir a diminuir os impactos causados por um evento de IAM⁸.

No pós-infarto, o papel do profissional de enfermagem também é fundamental, pois contribuir para o planejamento do cuidado do paciente, elaborando um plano de cuidado, embasado em seu conhecimento técnico e científico, com vistas a melhorar a qualidade de vida do paciente¹⁶.

Uma vez que o IAM pode desencadear repercussões hemodinâmicas, a atuação do enfermeiro deve ir muito além do atendimento oferecido ao paciente. Ele também é o responsável pela educação em saúde, ou seja, ele deve capacitar a sua equipe para um atendimento de qualidade, para que possam ser capazes de desempenharem as habilidades técnicas corretas e realizar tomadas de decisões ágeis. Ao fazer essa educação em saúde, visa prevenir os fatores de risco causados pelo IAM, o reconhecimento dos principais sintomas apresentados, a correta informação prestada, assim como os procedimentos iniciais a serem realizados quando o paciente apresenta dor torácica⁹. É válido ressaltar que para o manejo de todos as medidas a serem realizadas com o paciente, é indispensável o estabelecimento do vínculo, da confiança e do diálogo¹⁴.

Diante disso, para cada indivíduo deve ser elaborado um plano individual de práticas educativas, de acordo com a sua subjetividade, com linguagem simples, consoante as suas crenças, valores e limitações econômicas e educacionais¹⁵.

4.3 Dificuldades do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com IAM

Sobre a temática das dificuldades do profissional de enfermagem nos cuidados prestado ao paciente com IAM, não se obteve muitas informações com os artigos encontrados. Sobre isso três artigos se aprofundaram mais.

Uma das dificuldades encontradas pelo enfermeiro é a falta de padronização dos procedimentos a serem realizados ao receber na emergência uma paciente com dor torácica. Diante disso, muitos deles não realizam o histórico breve e a avaliação, havendo um déficit no conhecimento sobre a dor torácica, os sintomas e suas características, dificultando o diagnóstico e as intervenções a serem realizadas⁹.

Conseguir um leito para o paciente com IAM é uma outra dificuldade enfrentada pelos profissionais de enfermagem. Com o quadro caótico que se encontram os serviços públicos de saúde, tal dificuldade torna-se frequente. Outra dificuldade encontrada é a falta de vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo mais difícil ainda de ser sanada do que encontrar um leito disponível. Diante de tais circunstâncias o paciente acaba permanecendo um longo período no setor de observação, dificultando a organização e dinâmica do trabalho, assim como, a assistência que seria dado ao paciente em um local mais apropriado¹⁰.

Constatou-se, também, que os profissionais da equipe de enfermagem têm dificuldade em prestar cuidados relacionados aos aspectos espirituais e emocionais dos pacientes e familiares, no que diz respeito aos cuidados paliativos oferecidos ao paciente¹⁸.

Nota-se que as principais dificuldades encontradas, de acordo com estes artigos, dizem respeito a falta de condições estruturais adequadas para acolher e tratar os pacientes, a falta de um cuidado voltado para os aspectos espirituais e emocionais do paciente e de seus familiares e a não padronização dos procedimentos a serem realizadas com a entrada do paciente na unidade de saúde.

5. CONCLUSÃO

Levando em consideração os achados na revisão integrativa, verificou-se o quanto a atuação do enfermeiro é indispensável nos cuidados prestados aos pacientes vítimas de IAM, desde o diagnóstico até o pós-alta hospitalar. O enfermeiro desempenha funções indispensáveis para a devida recuperação do paciente, tendo importante papel desde a realização do eletrocardiograma para se chegar ao diagnóstico, até o controle da dor, da realização dos cuidados de higiene pessoal, das orientações com o autocuidado e sobre os cuidados a serem tomados após a alta-hospitalar.

Apesar de não terem sido encontradas muitas informações acerca das dificuldades do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com IAM, as que foram descritas nos achados apontam que tais dificuldades dizem respeito tanto a problemas estruturais nos serviços de saúde, quanto no preparo da formação do profissional.

Apesar da amostra final não ter sido vasta, os manuscritos selecionados trouxeram importantes informações sobre a temática, sendo possível responder a todos os objetivos da pesquisa. No entanto, vê-se a necessidade de mais produções

acerca do tema, para que se possa aprimorar as práticas do profissional de enfermagem e beneficiar os pacientes.

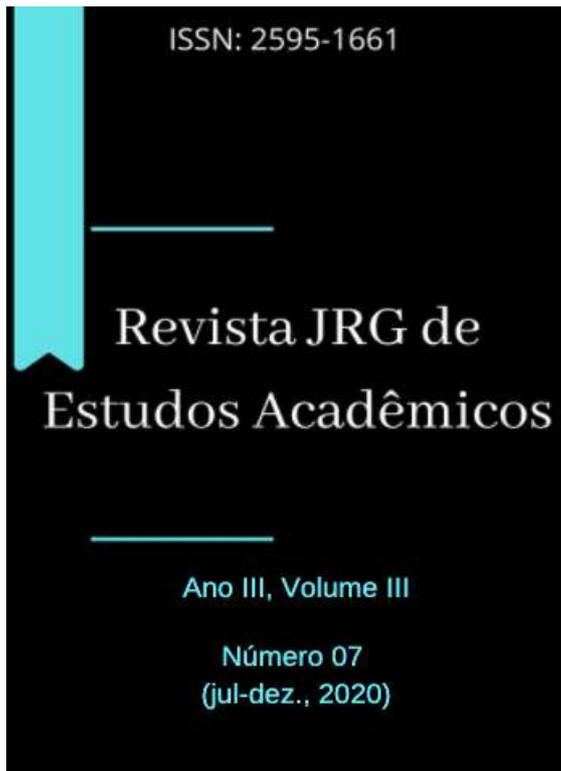
Observou-se, então, que a assistência prestada pelo profissional de enfermagem tem fundamental importância no tratamento do IAM, devendo este profissional sempre buscar o aprimoramento de suas práticas, bem como, trabalhar em conjunto com uma equipe multiprofissional, para que possam realizar um trabalho com excelência, atendendo integralmente as necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Doenças cardiovasculares [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2017 [atualizado em maio de 2017]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096
2. Paraná. Linha guia de infarto agudo do miocárdio. Curitiba: SESA; 2016. 25p.. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf
3. Martins IO, Alves KCF, Lotero RGO, Alves GR. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. Revista Científica FacMais. 2017;11(4):12-27.
4. Marcolino MS, Brant LCC, Araújo JG de, Nascimento BR, Castro LR de A, Martins P, et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013;100(4):307-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop5145.pdf>
5. Avezum A, Carvalho ACC, Guimarães AC, Polanczyk CA, Serrano CV, Oliveira CC de, et al. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004;83(4):01-86. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto - enfermagem. 2008;17(4): 758-764. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
7. Brasil. Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 19 fev. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm
8. Ribeiro KRA, Silva LP, Lima MLS. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFPI. 2016;5(4):63-68. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546/pdf>
9. Caveião C; Santos RB; Montezeli JH; Visentin A; Brey C; Oliveira, VBCA. Dor

- torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro (RECOM). 2014;4(1):921-928. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427/567>
10. Alves TE, Silva MG, Oliveira LC, Arrais AC, Junior EMJ. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2013;7(1):176-83. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10219/10801>
 11. Santos LSF, Costa RL, Santos PR, Espindola SP; Bertholy CRSS, Severiano SGC, et al. Eletrocardiograma na prática do enfermeiro em urgência e emergência. Revista Nursing. 2019;22(253): 2979-2989. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/253/pg87.pdf>
 12. Barros MNDS, Silva MCA; Neto NRO, Escarião AG; Albuquerque ALT. Nova Metodologia de Ensino do ECG: Desmistificando a Teoria na Prática – Ensino Prático do ECG. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016;40(4):751-756. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0751.pdf>
 13. Santos FG; Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2015;17(4):1-8. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832620/v17n4a05-en.pdf>
 14. Ponte KMA; Silva, LF. Cuidados de enfermagem para conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa cuidado. Revista de Enfermagem da UFPI. 2017;6(4):40-46. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6003/pdf>
 15. Silva CJB, Silva MES, Reis FF, Miranda GCO, Santos L, Lima DVM. Banho no leito de infartados: crossover do controle hidrotérmico 40°C versus 42,5°C. Online Brazilian Journal of Nursing. 2016;15(3):341-350. Disponível em: http://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4233/pdf_1
 16. Vargas RAV; Fernando R, Junior NO; Siqueira DS, Crossetti MGO. Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2017;11(7):2803-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23456/19170>
 17. Holanda CG, Lima RAK, Maia CAM, Correia LMA, Barbosa FK, Rodrigues OLRC. Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. Aquichan [Internet]. 2018;18(2):222-233. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf>
 18. Pedrão TGG, Brunori EHFR, Santos ES, Bezerra A, Simonetti SH. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2018;12(11):3038-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234933/30501>

19. Mendes AS, Reis VRSS, Santos CAST, Mussi FC. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016;29(4):446-453. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0446.pdf>



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **20/10/2020**

Data de reformulação: **02/11/2020**

Data do aceite: **07/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4276312>

Publicado: **2020-11-16**

**COMPREENSÃO DA ADVERSIDADE AO ACESSO À SAÚDE DOS POVOS
INDÍGENAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

*UNDERSTANDING ADVERSITY TO ACCESS TO THE HEALTH OF
INDIGENOUS PEOPLES: A LITERATURE REVIEW*

*Pâmila Gomes do Nascimento¹
Mariana Idnês de Oliveira Interaminense Mendes²
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo³*

Resumo

A saúde fornecida aos povos indígenas não pode se restringir apenas a recursos tecnológicos, deve ser vinculada a sua cultura tradicional para que seja possível obter melhores resultados no quesito saúde-doença ao âmbito local. O objetivo deste trabalho é, através da revisão da literatura recente, compreender com mais clareza como se dá o acesso dos povos indígenas a serviços de saúde e como é a atenção dada a eles. Método: A análise realizada foi obtida por meio de pesquisas on-line em periódicos nacionais. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura utilizando as bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), onde foi estabelecido o recorte de tempo para a inclusão de publicações de 2015 a 2019. Foram selecionados 7 artigos científicos. Resultados: Por meio da seleção dos artigos, foi observado um enorme descaso com a saúde indígena, por se submeterem a situações desagradáveis, de péssima qualidade, muitas das vezes, e a falta de humanização nos cuidados com os mesmos, bem como a forma tradicional como é realizada os

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Brasília, DF, Brasil..

³ Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) (2017). Graduação em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2015).

cuidados em saúde não consegue atingir a demanda dos povos indígenas. Conclusão: Concluiu-se que, a saúde indígena, apesar da evolução ao longo do tempo, ainda assim precisa ser aperfeiçoada em vários aspectos e ter mais atenção, para que assim, possam dar a eles o que de fato os deveria ser garantido.

Palavras-chave: Saúde indígena. Acesso aos serviços de saúde. Sistemas Locais de Saúde.

Abstract

The health provided to indigenous peoples cannot be restricted to technological resources only, it must be linked to their traditional culture so that it is possible to obtain better results in terms of health-disease at the local level. The objective of this work is, through the review of the recent literature, to understand more clearly how the indigenous peoples have access to health services and how is the attention given to them. Method: The analysis performed was obtained through online surveys in national journals. This is an integrative review of the literature using the electronic databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean (LILACS), where the time cut for the inclusion of 2015 publications was established to 2019. 7 scientific articles were selected. Results: Through the selection of articles, a huge disregard for indigenous health was observed, as they submitted to unpleasant situations, of very poor quality, often, and the lack of humanization in caring for them, as well as the traditional way how health care is carried out fails to meet the demand of indigenous peoples. Conclusion: It was concluded that indigenous health, despite the evolution over time, still needs to be improved in several aspects and to have more attention, so that, in this way, they can give them what should in fact be guaranteed.

Keywords: Health of Indigenous Peoples. Health Services Accessibility. Local Health Systems.

Introdução

No século XX, diversas mudanças ocorreram no modo de vida dos nativos indígenas por conta dos colonizadores que buscavam evoluções em seu novo habitat, com isso, a saúde dos indígenas foi bastante afetada e ocorreram óbitos, por conta das diversas novas doenças trazidas. Devido a esse histórico, em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Trabalhadores Nacionais e ao Índio (SPI), cuja finalidade era proteger os povos indígenas e os trabalhadores nacionais nos aspectos de saúde¹.

Em 5 de dezembro de 1967, foi criada por meio da Lei nº 5.371 a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), o órgão oficial do estado brasileiro responsável por cuidar dos povos indígenas, vinculado ao Ministério da Justiça². No ano de 2010, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o Ministério da Saúde (MS) toma frente da coordenação e execução do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, para desenvolver a promoção de saúde, bem como a prevenção e recuperação de doenças e outras condições³.

A maneira como, teoricamente, é organizada os atendimentos poderia resolver boa parte dos problemas de saúde presentes nas aldeias, detectando as doenças precocemente e evitando o seu agravamento, e, assim, promovendo uma boa evolução das condições de saúde e eficácia da atenção em saúde. Com isso,

reduziria, também, gastos com tratamentos mais complexos e com transportes que levariam os pacientes até os centros de saúde específicos para seu tratamento⁴.

É importante destacar que os direitos humanos são direitos específicos a todos os cidadãos, independente da raça, etnia, idioma, nacionalidade, religião, sexo ou qualquer outra condição. Neles incluem, o direito à saúde, ao trabalho, à educação, à vida e à liberdade, dentre muitos outros. Todas e todos são merecedores destes direitos, sem discriminações⁵. De forma complementar a isto, o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos defende que todas as pessoas têm direito a um padrão de vida satisfatório para lhes garantir, e a toda sua família, a saúde, bem-estar, serviços sociais essenciais e assistência médica adequada⁶.

Destaca-se que a saúde é um direito que deve ser provida pelo estado e é vista pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o equilíbrio biopsicossocial e não somente a ausência de doenças, como muitos assim a denominam, dentro de uma visão biomédica da saúde. Porém, a maioria dos nativos são acostumados com suas culturas terapêuticas, o que faz com que isso restrinja sua ida a quaisquer serviços de saúde³.

Os meios de saúde tradicionais indígenas devem ser tratados de forma holística, no qual o princípio é o equilíbrio entre indivíduos, família, sociedade e com o meio que as rodeiam. Os indígenas possuem algumas práticas curandeiras em suas respectivas comunidades, que demonstram sua relação com o mundo espiritual. Esses costumes são recursos eficazes de uma saúde empírica perante a definição de saúde da OMS. Diante disso, a saúde fornecida a esses povos não pode se restringir apenas a recursos tecnológicos, deve ser vinculada a sua cultura tradicional para que seja possível obter melhores resultados no quesito saúde-doença ao âmbito local¹.

Por fim, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 896 mil pessoas se declaravam indígenas no quesito cor ou raça, além dos residentes de áreas indígenas, que não se declaravam, mas se consideravam indígenas, sendo 572 mil vivendo em área rural e 517 mil vivendo em terras indígenas reconhecidas oficialmente. Diante desses dados, observou-se um crescimento demográfico significativo que precisa de atenção dos órgãos administrativos e gestores que cuidam desse segmento populacional brasileiro^{3,7}.

O objetivo deste trabalho é compreender, através da revisão da literatura recente, como é o acesso dos povos indígenas a serviços de saúde e como se dá a atenção prestada a eles, detectando assim, fragilidades e aspectos culturais envolvidos.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo é compreender com clareza como se dá o acesso dos povos indígenas aos centros de saúde de média e alta complexidade. Construiu-se para isto uma estratégia de busca de artigos científicos no período de março a agosto de 2020, com os descritores contidos nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS), seguido do operador booleano "AND": *SAÚDE INDÍGENA and SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS and ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE*, nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS).

Para os critérios de inclusão previamente estabelecidos na estratégia de busca, utilizou-se: artigos publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2019), sendo estes em língua portuguesa e na íntegra. Para os critérios de exclusão foram aplicados: artigos publicados nos anos anteriores a 2015, artigos de outro idioma, de revisão integrativa

e que fugiam do assunto proposto. Extraíram-se variáveis de identificação tais como: ano de publicação, título, objetivos, resultados e conclusão.

No período da busca dos artigos científicos, foram encontrados, com base nos descritores, 2.093 publicações, sendo 650 na SCIELO e 1.443 na LILACS. Foram excluídos 2.063 artigos após leitura dos títulos, resumos e ano de publicação, bem como por não cumprirem os critérios de inclusão. Após isso, foram selecionados 30 artigos para leitura do texto completo. Destes, foram excluídos 23 artigos por não estarem relacionados ao tema deste trabalho. Desta forma, foram incluídos 7 estudos nesta revisão integrativa.

Resultados e discussão

Encontram-se na figura abaixo as informações a respeito dos 7 (sete) artigos presentes nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados dados importantes destes estudos, que auxiliaram na elaboração de temas de discussão.

Figura 1. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação. Brasília, 2020.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre povos indígenas do estado de Rondônia, Amazônia Brasileira, entre 2009 e 2011: um estudo transversal	Jocieli Malacarne Caroline Gava Ana Lúcia Escobar Reinaldo Souza Santos Paulo Cesar Basta	Investigar o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da tuberculose (TB) entre indígenas atendidos no estado de Rondônia, Brasil	Estudo transversal, realizado nas Casas de Saúde Indígena (Casai), entre outubro/2009 e fevereiro/2011; investigou-se, mediante entrevistas, as dimensões geográfica, econômica e funcional do acesso aos serviços de TB, apresentadas descritivamente	As dificuldades observadas para acessar os serviços de saúde, nas dimensões analisadas, podem contribuir para a manutenção da transmissão da TB nas aldeias	2019

Artigo 2	XUKURU DO ORORUBÁ: Desafios na integração aos serviços de saúde	Ryanne Carolynne Marques Gomes, Keyla Cristina Vieira Marques Ferreira	Buscou-se verificar os desafios que os Xukuru do Ororubá enfrentam na integração aos serviços de saúde indígena	Trata-se de estudo de qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com seis indígenas da etnia Xukuru do Ororubá. Coletaram-se os dados por meio de um roteiro preestabelecido, sendo as entrevistas gravadas e transcritas. Realizou-se a análise dos dados por meio da Análise de Conteúdo	Nota-se que mesmo com a assistência à saúde fortalecida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, muitas dificuldades ainda são enfrentadas	2019
Artigo 3	Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia	Sara Emanuela de Carvalho Mota Mônica Nunes	Buscou-se conhecer os significados da categoria discursiva “atenção diferenciada” por meio da análise das narrativas e da observação das práticas de gestores do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia	Estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, com aplicação das técnicas de entrevistas semiestruturadas. O campo de observação foi composto por espaços colegiados de gestão instituídos no âmbito do DSEI-BA, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, entre setembro de 2014 e março de 2017	A contribuição da presença indígena demonstrou ser possível a construção de práticas menos desiguais e mais contextualizadas nos espaços de gestão, mais bem situadas diante da diversidade cultural e epistemológica dos diferentes povos e nas suas múltiplas estratégias de existência, apesar dos limites institucionais	2018

Artigo 4	Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil	Silvana Cardoso Gomes Monique Azevedo Esperidião	Avaliar o acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de média e alta complexidades do Município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, a partir da Casa de Saúde Indígena (CASAI) Cuiabá	Os dados foram obtidos por meio da observação das rotinas de trabalho da CASAI Cuiabá, entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Cuiabá e CASAI Cuiabá, e análise documental	Recomenda-se a formulação de estratégias específicas para a melhoria do acesso aos serviços de saúde dos povos indígenas matogrossenses	2016
Artigo 5	Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena	Aridiane Alves Ribeiro Cássia Irene Spinelli Arantes Dulce Maria Rosa Gualda Lídia Aparecida Rossi	Interpretar os aspectos culturais e históricos subjacentes ao tecido social em que o cuidar é construído no contexto de atenção à saúde indígena	Trata-se de pesquisa interpretativa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi conduzida em 2012 em uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) do Mato Grosso do Sul, Brasil	A organização institucional e a valorização dos profissionais sobre o corpo biológico indígena são determinantes para construção do cuidado sob a ética da rua. As concepções dos profissionais revelam indícios de etnocentrismo no cuidado em saúde	2016
Artigo 6	Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/ Brasil	Domingas Machado da Silva Eloane . H. S Nascimento Luana .A Santos Nádia .V do Nascimento Martins Maria .T de Sousa Maura .C .S Figueira	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante o período de permanência na Casai/Santarém (PA)	Estudo qualitativo exploratório, cuja abordagem ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas com 15 indígenas de cinco etnias, assistidas pela Casai (Mawayana, Tunayana, Wai-wai, Tiriyo e Katwena), com auxílio de um tradutor que dominava os dialetos	Consideramos que, apesar das crescentes mudanças e avanços na saúde indígena no Brasil, necessita-se de melhorias que possam atender de fato às peculiaridades de saúde próprias de cada etnia	

Artigo 7	Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo	Marize .M dos Santos Kyria Javanne Clímaco Cruz Larissa Carvalho Ribeiro de Sá Carulina Cardoso Batista Edna Maria Guedes Aguiar Apolonia . M. T Nogueira	Descrever o acesso aos serviços de saúde pelos índios das etnias Kanela e Guajajara e sua satisfação sobre a assistência prestada pelo SUS	Estudo descritivo sobre amostra não probabilística de indígenas do município de Barra do Corda, estado do Maranhão, assistidos em Teresina, estado do Piauí, Brasil, em 2011	O acesso aos serviços do SUS foi facilitado pelos profissionais e a maioria sentiu-se satisfeita com o atendimento recebido	2015
----------	---	---	--	--	---	------

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na leitura destes estudos, identificamos a existência de variáveis que foram agrupadas em 3 categorias de discussão, sendo elas: A importância dos aspectos socioculturais no processo saúde-doença; A importância do vínculo profissional-paciente, capacitação profissional e relações de preconceitos; O árduo acesso as redes de saúde e longas esperas.

A IMPORTÂNCIA DOS ASPECTOS SOCIOCULTURAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Um papel de extrema importância na manutenção e recuperação da saúde é o apoio familiar, o qual tem demonstrado bons resultados ao paciente, por meio dos estudos. O processo saúde-doença deve ser realizado de acordo com os contextos sociais, históricos e culturais pois, apesar dos avanços da medicina tradicional, “científica”, as questões étnicas culturais de práticas locais se mostram importantes e devem ser levadas em consideração⁸.

Ao se encontrarem longe de seus costumes, de suas casas e familiares, algumas dessas pessoas, por serem pessoas ativas e respeitadas em suas aldeias, podem começar a se sentirem separados dessas posições e não pertencentes a esse ambiente, o que leva a se resguardarem e criarem desconfianças, não manifestando suas reais necessidades⁹. Os pacientes se sentem sozinhos, ainda mais em ambientes desconhecidos, ficam angustiados por deixarem seus familiares, tristes por estarem distantes de sua aldeia e com saudade de casa⁸.

Por passarem longos períodos longe de seu lar, sua comodidade deveria ser mais acolhedora, porém, foi evidenciado que a infraestrutura física da Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI), na maioria das vezes, encontra-se precária, perecendo por recursos humanos, materiais, insumos e até mesmo fármacos. Não possuem condições de higiene e não oferecem proteção para os indígenas. A acomodação dos usuários se torna desagradável por serem obrigados a ficar em pequenos espaços com diversas pessoas¹⁰.

A fim de se obter uma melhoria geral, sua estrutura física deve ser aprimorada para preservar a privacidade de cada etnia⁸. A precariedade na estrutura dos territórios indígenas pode interferir diretamente na obtenção de uma rápida recuperação e até mesmo de um diagnóstico correto por não haver uma infraestrutura adequada, o que leva, também, a um retardo no tratamento, quando necessário¹¹.

Em relação ao pernoite e a alimentação a eles oferecida, foi observado em estudo que há bastante diferença em relação a seus costumes. Por exemplo, em suas casas eles dormem em esteiras ou redes de palha em espaços coletivos e comem

alimentos baseados em peixe, farinha de mandioca, milho, dentre outros, mas na CASAI, muitas das vezes eles são sujeitados a comerem alimentos industrializados e diferenciados de seus costumes¹².

Aos pacientes indígenas que estão internados e têm o hábito alimentar diferente da alimentação disponibilizada, a instituição em que eles se encontram internados pode contatar a CASAI para que eles possam providenciar os alimentos os quais os pacientes se sintam melhores e mais familiarizados, mas não é algo que acontece comumente¹⁰.

Muitos indígenas mudaram seu de estilo de vida nos últimos anos, e essas mudanças podem interferir seriamente na saúde dos povos indígenas, especialmente doenças relacionadas a mudanças na dieta, sendo incluído alimentos industrializados, atividade física reduzida, levando a doenças degenerativas, crônicas e outras comorbidades⁸.

As práticas culturais de muitos povos têm ficado cada vez mais no passado, as consultas com os pajés e suas terapias medicinais naturais tem se tornado mais raras e os tratamentos medicamentosos têm sido mais frequentes. É importante ter uma associação dos dois métodos, para que assim os indígenas possam se sentir mais confortáveis e confiantes com a sua melhora no tratamento¹³. A medicina indígena tradicional e suas diversas opções de tratamento não podem excluir a biomedicina. O uso de plantas medicinais ou a prática da oração e/ou xamanismo, devem ser consideradas em seus tratamentos, usadas isoladamente ou associada ao uso da medicina ocidental¹¹.

É importante chamar a atenção para a necessidade de ações específicas e diferenciadas para garantir equidade e humanização dos serviços aos povos indígenas, a fim de reduzir a desigualdade entre os indicadores de saúde dos povos indígenas e os indicadores de saúde da população geral do país¹². Apesar das contínuas mudanças e avanços na saúde dos indígenas brasileiros, ainda são necessárias melhorias para resolver efetivamente os problemas de saúde de todas as etnias⁸.

A Importância do Vínculo Profissional-Paciente, Capacitação Profissional e Relações de Preconceitos

Quando os indígenas chegam a CASAI, eles se mantêm retraídos, com desconfianças e extremamente tímidos por estarem em um local diferente, por isso, é importante criar laços através da conversa, para que eles possam se sentir mais confiantes⁹. Porém, muitas das vezes, os indígenas são expostos a discriminação e preconceito cultural, situação presente desde muito tempo e hoje em dia. Ainda ocorre situações de discriminação e preconceito com frequência por parte de alguns profissionais e da sociedade, o que aumenta a exclusão desses povos por não serem respeitados e por negarem o direito a saúde a eles¹⁴.

Algumas pessoas acham essa cultura bonita, e como são curiosos, gostam de ficar olhando, mas muitos, olham diferente, saem quando o indígena se aproxima, o que geralmente é feito pelo público em geral. Para os profissionais que os acompanham, isso se torna muito triste pois não podem protegê-los desse ato e muitos sofrem junto¹⁰. Esse mal ato não se encontra em todos os lugares, alguns indígenas ainda relatam não terem dificuldades na convivência com parte dos profissionais de saúde e da população, o que se torna mais acolhedor, pois observou-se ter um certo empecilho quando se trata dos povos indígenas procurarem os serviços de saúde por não se sentirem confortáveis diante de certas situações¹⁴.

Para muitos profissionais, alguns fatores podem influenciar negativamente as ações em saúde estabelecidas por conceitos pré-formados sobre essa população⁹. Ao apurar os dados, constatou-se que, em anos diferentes, profissionais de saúde não-indígenas e consultores indígenas discutiram repetidamente a necessidade de treinar profissionais de saúde para uma melhor atuação intercultural¹⁰, pois é reconhecido que os profissionais não são capacitados adequadamente para trabalhar com essa cultura nas esferas locais e nos níveis secundários e terciários¹³.

A maioria dos profissionais que trabalha com os povos indígenas deveria receber algum tipo de treinamento na área da antropologia, a fim de obter um melhor desempenho intercultural¹⁰, pois, foi evidenciado atos de etnocentrismo, nos quais profissionais negaram a cultura indígena. Essas evidências podem restringir as ações de saúde e afetar negativamente as percepções subjetivas, não permitindo que os trabalhadores entendam completamente as diferenças culturais e valores no âmbito do cuidar⁹.

Alguns estudos demonstram que, de maneira geral, os profissionais de saúde não indígenas não estão preparados para cuidar dessas pessoas e o nível de formação é baixo, refletindo as dificuldades de investimento social e político no Brasil e na formulação de políticas de saúde¹⁰. Os profissionais e gestores de saúde não compreendem as diferenças culturais, por exemplo, a falta de cultura na organização dos serviços prestados a CASAI, a mistura das raças diferentes em um só lugar, riscos à saúde por ignorarem as restrições alimentares tradicionais⁸.

Além da indiferença e do tratamento discriminatório dos profissionais dos serviços de saúde, também há dificuldades na relação entre pacientes e médicos. Verificou-se que esses aspectos constituem obstáculos devido à relutância dos pacientes em procurar os serviços da saúde biomédica¹⁰. Ressalta-se que os indígenas também enfrentam dificuldades enfrentadas pelos profissionais, pois ao se mudarem de uma aldeia, eles vivenciam um período de adaptação. Nesse período, a cultura indígena e seus hábitos e valores podem ser vistos como barreiras à adaptação e às relações entre os povos indígenas e os profissionais de saúde⁸, como também, a falta de compreensão linguística e a falta de intérprete, que acaba se tornando um certo empecilho para que a promoção da saúde possa ocorrer da melhor forma⁹.

A minoria dos profissionais de saúde declara já ter feito cursos específicos sobre a população indígena. Alguns servidores de saúde, embora tenham longa experiência no atendimento à saúde indígena, não participaram de cursos de capacitação nesse assunto¹³. É recomendado que as equipes de saúde estejam mais bem equipadas e qualificadas para trabalharem com os manejos a saúde dos povos indígenas desenvolvendo ações culturais adequadas a realidade local para garantir tratamentos mais efetivos¹¹.

O ÁRDUO ACESSO AS REDES DE SAÚDE E LONGAS ESPERAS

Em termos geográficos, a distância entre as aldeias e os locais nos quais os indígenas serão atendidos é extremamente grande, o que dificulta a obtenção de atendimento adequado, como por chegarem atrasados e perderem a consulta, devido a distância e as condições do caminho percorrido¹⁰.

Os departamentos de saúde mais próximos aos índios geralmente se localizam a uma distância consideravelmente longa, onde, na maioria das vezes, as estradas não são pavimentadas e a locomoção se dá por transporte público, o que dificulta mais ainda o tempo de chegada, sendo disponibilizadas, em algumas localidades, apenas durante o período da manhã para acolher usuários de várias aldeias,

resultando em dificuldade no atendimento a um importante princípio do próprio SUS, a integralidade¹². Muitos profissionais se aborrecem com os atrasos dos pacientes, os tratam mal, “olham torto”, e não entendem que a culpa não é deles, pois há muitos fatores envolvidos¹⁰.

Como as aldeias se encontram em uma distância muito longa até a atenção a saúde especializada e não há sempre profissionais da saúde disponíveis nas aldeias, as complexidades que necessitam de atendimento imediato podem não ser atendidas no mesmo instante¹⁴, e muitas das vezes, por precisarem de atendimentos mais específicos encontrados apenas nos hospitais referência¹³, são obrigados a se deslocarem a outros pontos por haver um descaso no quesito saúde aos indígenas¹⁴.

Em alguns casos estudados, mostrou-se um retardo considerável para se iniciar o tratamento de algumas doenças e este estava diretamente ligado à distância entre a moradia dos pacientes e os serviços de saúde, o que, como já foi dito, pode resultar em um período maior de tratamento ou até mesmo em complicações mais graves¹¹. Algo que tem facilitado o acesso à saúde desses povos é a condução feita por profissionais da CASAI, ajudando-os a terem um melhor e mais rápido atendimento pelo SUS, aliviando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido à distância¹².

Outro ponto enfatizado é o fato do sistema utilizado para monitorar a quantidade de pacientes que cada médico atenderá, na forma de marcações previamente estipuladas, não estar sendo seguido. Os horários não são devidamente cumpridos, pois, na prática, utiliza-se o método de atendimento por ordem de chegada, o que tem causado muito estresse a pacientes que precisam viajar por horas em busca deste atendimento¹⁰.

Dentre os obstáculos encontrados, foi relatada a grande dificuldade em marcar consultas (esperam por meses para conseguir uma vaga), mesmo sendo para efetivar operações de extrema necessidade⁸. O mesmo problema foi encontrado para realização de exames e para receber os resultados, onde muitos aguardam por muito tempo e em alguns casos, o resultado ainda pode não ficar pronto para se obter um retorno em tempo hábil e adequado¹⁴.

Para completar, muitos fármacos dos quais os indígenas precisam para a realização de seus tratamentos não são disponibilizados em demanda suficiente para toda a população, o que resulta na submissão da compra por alguns deles⁸. Entretanto, muitas famílias, moradores das aldeias, são carentes, não possuem emprego e não tem condições para comprar medicamentos, o que leva a não conseguirem fazer o tratamento correto de condições de saúde “comuns”, como a diabetes e a hipertensão¹⁴.

Os usuários são sujeitados a longas esperas por procedimentos médicos, cujas intenções e necessidades são ignoradas nas rotinas institucionais⁹. Essa demora está diretamente associada a ineficácia do tratamento, o que pode trazer complicações ainda mais severas ao estado em que o paciente se encontra¹¹. Por esse motivo, alguns optam também pela realização de exames e procedimentos na rede privada, por precisarem de uma resposta rápida ao seu problema, mas essa não é a realidade de todos, por falta de condições financeiras⁸.

Os indígenas são povos como quaisquer outros, mas, com as suas próprias necessidades, devem ser tratados de acordo com a sua cultura, localização regional, e isso é um diferencial, independentemente de ser indígena ou não, não devem se sujeitar a longas distâncias e esperas para um atendimento que deveria ser igualitário a todos¹³.

Considerações finais

Ao levantar este estudo, pudemos concluir com mais clareza os desafios enfrentados para se ter o acesso à saúde dos povos indígenas, algo que, por direito, deveria ser de fácil acesso por todos, mas se torna muito mais complexo quando se trata das populações vulneráveis.

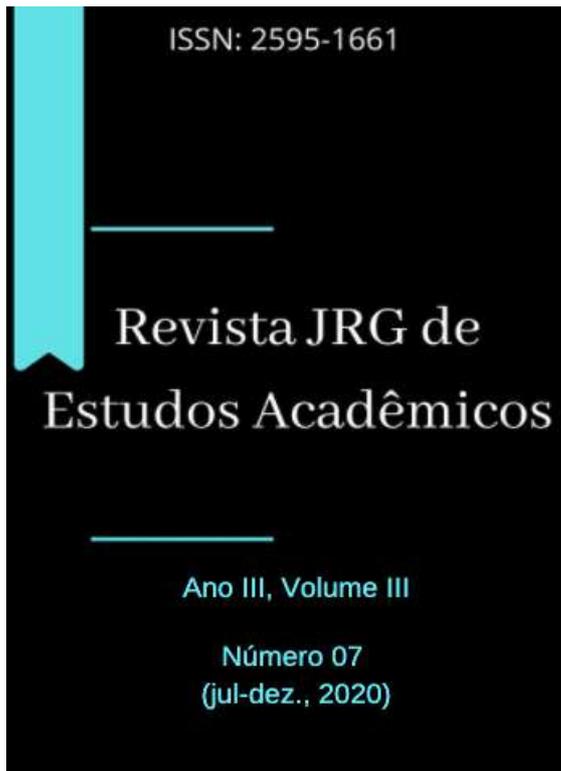
A assistência prestada a eles é falha, o que, na maioria das vezes, se torna algo que afeta diretamente o seu processo de manutenção e recuperação da saúde, seja por falta de materiais, medicamentos, acomodações mais acolhedoras, como longas esperas por consultas e procedimentos, e até mesmo uma melhor capacitação profissional. Apesar de, teoricamente, todos os profissionais possuírem um treinamento específico para trabalhar com essa população, em certas vezes, ainda assim não é o suficiente para que possam obter o conhecimento necessário, de forma que seu trabalho seja devidamente efetivo e de uma forma mais humanizada.

Através dessa pesquisa, pudemos perceber a precariedade na efetuação e publicação de trabalhos acadêmicos a respeito da saúde e da busca pela saúde dos povos indígenas. A necessidade da realização de novos estudos se faz necessária para renovar debates sobre a saúde dos povos indígenas envolvendo o todo, para que assim, seja possível qualificar melhor os profissionais que prestarão serviços a eles e obter melhores resultados no processo do cuidado com essa população.

Referências

1. Brasil. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Ministério da Saúde. Fundação Nac. Saúde.: 2002, ed. 2, p. 40.
2. Brasil. Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967. Brasília, 1967.
3. Baggio É, Nascimento VF do, Terças ACP, Hatorri TY, Atanaka M, Lemos ERS. O cuidar da saúde para a mulher indígena haliti-paresí. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(3): 729-737.
4. Brasil. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), 2012.
5. Lafer C. A ONU e os direitos humanos. Estud. av. 1995; 9(25).
6. ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 2020.
7. IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2010, características gerais dos indígenas. Rio de Janeiro: 2012.
8. Malacarne J, Gava C, Escobar AL, Santos RS, Basta PC. Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre povos indígenas do estado de Rondônia, Amazônia Brasileira, entre 2009 e 2011: um estudo transversal. Epidemiol. Serv. Saúde. 2019; 28(3): 1-8.
9. Gomes RCM, Ferreira KCVM. Xukuru do Ororubá: desafios na integração aos serviços de saúde. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13(4): 915-23.
10. Mota SEC, Nunes M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. Saude soc. 2018; 27(1): 11-25.
11. Gomes SC, Esperidião MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública. 201; 33(5).
12. Ribeiro AA, Arantes CIS, Gualda DMR, Rossi LA. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(6): 2003-2012.

13. Silva DM, Nascimento EHS, Santos LA, Martins NVN, Sousa MT, Figueira MCS. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. Saude soc. 2016; 25(4): 920-929.
14. Santos MM, Cruz KJC, Sá LCR, Batista CC, Aguiar EMG, Nogueira AMT. Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016; 25(1):127-136.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **02/10/2020**

Data de reformulação: **22/10/2020**

Data do aceite: **09/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4277982>

Publicado: **2020-11-17**

A INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO LUTO DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

THE INFLUENCE OF NURSING CARE AND THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN THE FAMILY'S STRUGGLE: A LITERATURE REVIEW

Maria Costa Lima¹

Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo²

Mariana Idnês de Oliveira Interaminense Mendes³

Resumo

O luto corresponde a resposta emocional a perda imutável de alguém ou algo que se tenha muito apreço, sendo uma experiência única e individual. A forma como a equipe de saúde lida com este evento e com a família do enlutado pode impactar na forma como estes experienciam o luto. O objetivo deste trabalho é compreender, com base na literatura recente, a influência que os profissionais de Enfermagem possuem e quais as condutas adotadas para o enfrentamento do luto no acompanhante/família. Método: O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura recente. A pesquisa dos artigos foi feita nas bases de dados LILACS, BDENF e na biblioteca virtual SCIELO. Após a inclusão dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 27 artigos científicos que estavam relacionados ao objetivo da pesquisa. Resultados: A leitura completa dos artigos, bem como a divisão destes em subgrupos, conforme o tema principal do trabalho, possibilitou a compreensão de tais temas e discussão de três linhas que respondem ao objetivo da pesquisa, sendo estas Os problemas da

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, DF, Brasil.

² Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde Universidade de Brasília, UnB, Brasil.

³ Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Brasília, DF, Brasil.

equipe de saúde na assistência a família e o paciente; A comunicação como forma de humanização do cuidado; e A importância dos profissionais de saúde para a família enlutada. Conclusão: Apesar de ser muito importante a introdução do assunto na academia, é algo que o profissional, também, aprende a lidar com o acúmulo da experiência. Porém, as bases para se realizar isto devem começar durante a graduação. As condutas de enfermagem não devem ser um dos motivos que contribuem negativamente no processo de luto da família.

Palavras-chave: Luto, Equipe de Assistência ao Paciente. Equipe de Enfermagem. Atitude Frente a Morte.

Abstract

Grief corresponds to the emotional response to the immutable loss of someone or something that is highly appreciated, being a unique and individual experience. The way the health team deals with this event and with the bereaved family can impact the way they experience bereavement. The objective of this work is to understand, based on recent literature, the influence that nursing professionals have and what behaviors are adopted to face the grief in the companion / family. Method: The present study is an integrative review of recent literature. The search for the articles was carried out in the LILACS, BDENF databases and in the virtual library SCIELO. After the inclusion and exclusion criteria were included, 27 scientific articles were selected that were related to the research objective. Results: The complete reading of the articles, as well as the division of these into subgroups, according to the main theme of the work, made it possible to understand these themes and discuss three lines that answer the research objective, these being The problems of the health team in assistance to the family and the patient; Communication as a way of humanizing care; and The importance of health professionals for the bereaved family. Conclusion: Although it is very important to introduce the subject in the academy, it is something that the professional, too, learns to deal with the accumulation of experience. However, the basis for doing this must begin during graduation. Nursing conduct should not be one of the reasons that contribute negatively to the family's grieving process.

Keywords: Bereavement, Patient Care Team, Nursing Team, Attitude to Death.

Introdução

O luto é dividido em quatro fases, sendo estas: a primeira é o entorpecimento, quando existe o choque com uma mistura de raiva ou outros sentimentos por não aceitação da perda. A próxima é a do desejo, no qual ocorre a procura do ser amado e sentimentos, tanto de culpa, como de indignação, podem estar presentes. A terceira fase é o desamparo, em que a aceitação da morte está presente e aparece sinais de depressão e isolamento. A última é a organização, onde o enlutado começa a se reorganizar a sua vida sem a presença de seu ser amado¹.

Então, o luto corresponde a resposta emocional a perda imutável de alguém ou algo que se tenha muito apreço, sendo uma experiência única e individual. Há vários fatores que o influenciam, como a cultura, a forma em que ocorreu a perda, como os familiares estavam preparados, entre outros². Por isso, a empatia deve andar junto com a assistência prestada pelo enfermeiro para essa família^{3,4}.

As pessoas não têm o hábito de refletirem sobre a morte e o morrer, porque significa perceber a finitude de suas vidas. Então, é importante que a enfermagem reflita sobre o assunto, já que este é um processo natural que chega para todos. Ter

essa experiência causa medo e isso pode repercutir na assistência prestada, focando-se somente na condição que ameaça a vida, por exemplo. Muitas das vezes, a recusa do olhar integral à dor do falecimento do paciente a torna mais suportável para esses profissionais. Porém, diante desta conduta, não é possível dar o suporte necessário para a família que também está sofrendo. Desse modo, resultando em uma deficiência na assistência psicossocial e do alívio da dor, pois uma doença não está somente nos órgãos os quais esta atinge^{5,7-9}.

Levando isso em conta, os melhores profissionais para dar as más notícias são aqueles que criaram vínculo com a família durante o tratamento do paciente⁶. A forma como a equipe vai confessar sobre a situação do enfermo é importante. A sensibilidade e comunicação clara fazem diferença^{3,4,10}. Por este motivo, a possibilidade da inclusão da espiritualidade no tratamento desempenha um papel em ajudar nesta elaboração do luto e a aceitação acaba sendo mais fácil para a família e o próprio paciente. A fé tem um importante papel no significado de viver como uma pessoa em terminalidade e o tempo que a família passou com este^{2,9}.

Quando ocorre o falecimento é importante expressar os sentimentos sem censura. O tormento do enlutado somente diminuirá se aceitar o fato de que quem ele amou se foi. Assim como a mãe que não deixa de ser mãe, mesmo tendo o seu filho falecido, não se deve negar a existência dele como forma de escapar do sofrimento da perda. Ele existiu, pertence à família e dá mais conforto quando o mantém em suas lembranças^{1,11}.

Nesse momento de sensibilidade é importante aceitar o comportamento da família sem preconceitos, apoiar e motivá-la a seguir em frente. Em um ambiente, no qual todos ao redor pensam e tentam ser empáticos com o enlutado e buscando o compreender, há o fortalecimento de quem está passando por muita dor⁴.

Não se pode esquecer o fato de o falecido ter um papel em seu círculo social. Então, as pessoas que ficam devem aprender a realizar as atividades que antes o falecido fazia. O ato de reorganização traz saudades e alguns acabam procurando nessas atividades o ente perdido. Quanto maior o vínculo, mais difícil é o desligamento, sendo um sinal de perigo quando se perde a noção da realidade, vendo o falecido nos objetos ou pessoas, por exemplo, bem como apresentando doenças somáticas, problemas de sono e alimentação severos, sendo todos estes sinais que podem indicar que há algo de errado no processo de luto^{1,3}.

O luto torna as pessoas mais propensas a evoluir para uma depressão, resultando em um agravamento de sua fragilidade emocional. Esta reação a perda em si não é uma doença, então, deve-se ter respeito para as formas de expressar os sentimentos do enlutado. A solidão acaba sendo o sentimento mais prevalente nessas pessoas^{3,4,12}.

Dado o disposto, o objetivo deste trabalho é compreender, com base na literatura recente, qual a influência que os profissionais de Enfermagem possuem e quais as condutas adotadas para o enfrentamento do luto no acompanhante/família que perdeu um ente querido.

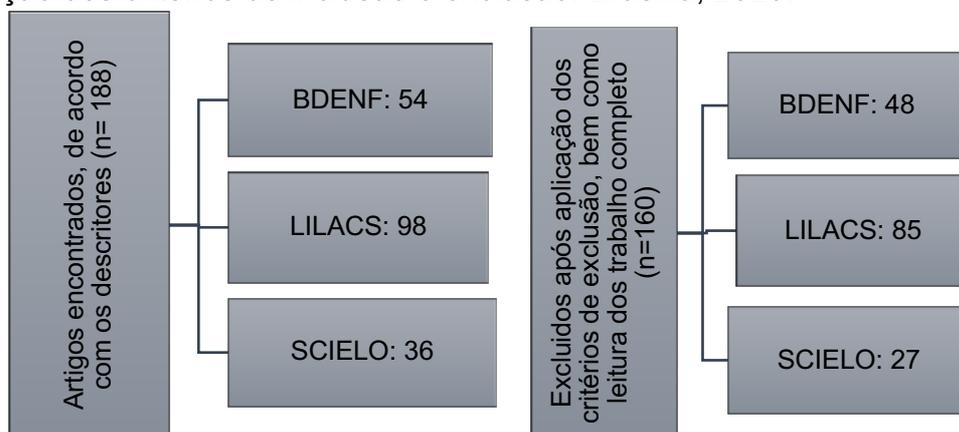
Métodos

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura recente. Construiu-se para a primeira fase, a buscas de descritores no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e escolha de palavras chaves. Na segunda, foi usada uma estratégia de busca utilizando os descritores a seguir, seguidos do operador booleano "AND": *LUTO and EQUIPE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE and EQUIPE DE ENFERMAGEM and ATITUDE FRENTE A MORTE*. A pesquisa dos artigos foi feita nas bases de dados

Literatura Latino-Americano em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Nesta fase, também, foram definidos os critérios de inclusão, sendo eles: artigos originais gratuitos, completos, em português ou espanhol, que foram publicados nos anos de 2015 a 2019. Já os critérios de exclusão foram: materiais publicados anteriores à 2015, artigos de revisão integrativa, artigos em outros idiomas, artigos incompletos e com temas que fugiam da proposta escolhida. A fase de busca foi entre os meses de abril a agosto de 2020.

Elaborou-se, para facilitar a avaliação e a análise dos dados, um instrumento que pudesse fornecer informações detalhadas dos estudos, com o objetivo de mapear os pontos pertinentes, integrar dados e características para compor a pesquisa de revisão. Foram confeccionadas representações por meio de fluxogramas para ilustrar os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. A Figura 1 apresenta a fase de busca dos artigos nas bases de dados supracitadas.

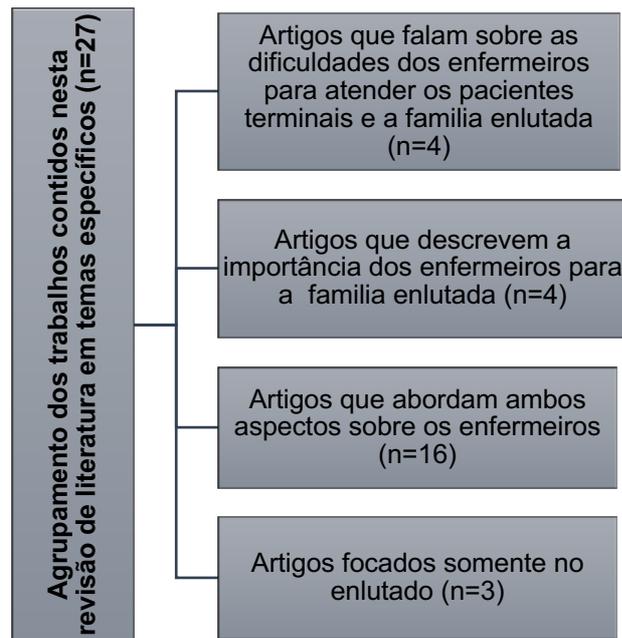
Figura 1. Fase de busca dos artigos nas bases de dados, bem como exclusão após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Brasília, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 188 trabalhos encontrados inicialmente, 27 compõem esta revisão de literatura, já que se adequavam aos critérios estabelecidos, bem como objetivo do trabalho. Na Figura 2, há a subdivisão destes trabalhos, conforme o objetivo principal da pesquisa.

Figura 2. Subdivisão dos 27 artigos desta revisão de literatura em temas específicos, conforme o objetivo de cada trabalho. Brasília, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Resultados e discussão

Encontram-se na figura abaixo as informações a respeito dos 7 (sete) artigos presentes nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados dados importantes destes estudos, que auxiliaram na elaboração de temas de discussão.

Figura 1. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação. Brasília, 2020.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães	Franqueira AMR, Magalhães AS e Féres-Carneiro T	Descrever a influência dos profissionais para precaução do luto complicado para o familiar de um idoso internado	É um estudo de caso como método investigativa complementar, delineado e verificando a Epistemologia Qualitativa de autoria de González Rey. Somente tendo uma participante do estudo, no qual tinha a sua mãe hospitalizada	Por causa da negação do diagnóstico pode ser pedido pela família utilização métodos fúteis para o seu próprio conforto. Resultando em um dilema para os profissionais entre atender as demandas do enlutado ou não as realizar por não ter mais efeito. Sendo feita em equipe multiprofissional	2015

Artigo 2	Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho	Frizzo HCF, Bouso RS, Sá NN	Entender as alterações de mães em luto para criação e falar em um blog sobre o filho falecido	Pesquisa qualitativa usando etnografia virtual em 40 blogs de mães enlutadas, tendo como referencial teórico o modelo de processo dual de compreensão do luto	O enlutado necessita de pessoas que não o julguem, ajuda para enfrentar um mundo sem a presença da pessoa amada. Por meio do blog, as mães encontrarão uma forma de preservar a lembrança de seus filhos	2017
Artigo 3	A experiência da família da criança e/ou adolescent e em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas	Misko MD, Santos MR, Ichikawa CRF, Lima RAG, Bouso RS	Compreender a vivência da família em cuidados paliativos de crianças e adolescentes e construção de um significado do que vivenciaram	Foi utilizado o instrumento a interacionism o Simbólico e da Teoria Fundamenta da nos Dados, entrevista semiestrutur ada com 15 famílias	Vivenciar o paciente morrer lentamente é angustiante para a família e o apoio ao seu redor tem influência de como vão enfrentar essa realidade. Se não encontrarem terá a sobrecarregado sem saber como expressar a sua dor de ver quem ama morrendo	2015
Artigo 4	Espiritualidade em cuidados paliativos: experiências vividas de uma equipe interdisciplinar	Arriera ICO, Thofehn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB	Entender a vivência da espiritualidade na rotina da equipe interdisciplinar que faziam parte dos profissionais atuantes nos cuidados paliativos	Estudo qualitativo fenomenológico, feito no Brasil com o programa de internação domiciliar interdisciplinar. As pessoas incluídas na pesquisa pertenciam a seis distintas profissões e por meio de gravação	A espiritualidade é uma das formas de promoção de saúde diante de sua situação que nenhum tratamento é mais eficaz. Os ajuda a encontrar um sentido da vida em seus momentos finais e a sensibilização da equipe	2018

Artigo 5	Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental	Nascimento DC, Nasser GM, Amorim CAAA, Porto TH	Descrever o luto proposto por Wonden em cima da Análise comportamental e construções de regras para melhor guiar o cuidado para as necessidades de adaptação do enlutado e evitar um luto complicado	Foi utilizado uma produção baseada na analista de comportamento. Abordando os elementos comuns e diferentes no luto. Fazendo parte do movimento psicoterápico	No luto não existe uma padronização como será passar por este estresse e sinais comuns A reconstrução da vida depois da perda pode demorar tempos diferentes para cada pessoa. Diante disso a empatia é extremamente importante, com essa condição	2015
Artigo 6	Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem	Figueiredo RMA, Sá LO, Lourenço TM, Almeida SS	Detectar a ocorrência de diagnóstico de enfermagem ansiedade relacionado à morte da NANDA-I em familiares que cuidam de pacientes em cuidados paliativos e regularizar as características definidoras	Estudo transversal, explorativo e descritivo com 111 familiares utilizando o modelo de Fehring de autenticação clínico	Quando o paciente está morrendo diante de sua família causa ansiedade. Então a equipe de enfermagem deve planejar intervenções, se certificar para o paciente e seu acompanhante o fato de não estarem descampados pela equipe	2019
Artigo 7	Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros	Cavalcanti ÍMC, Oliveira LO, Macêdo LC, Leal MHC, Morimura MCR, Gomes ET	Avaliar a compreensão da equipe de enfermagem sobre a adoção em seu trabalho os conceitos de cuidados paliativos na UTI	Pesquisa Qualitativo, descritivo de corte transversal usando cinco hospital e usando ao todo doze equipes. Seu público-alvo foi a enfermagem	Os cuidados paliativos são somente eficazes quando a equipe de saúde está unida para a tomada de decisão e escutando as suas demandas quando possível. Essa abordagem é além de trazer satisfação ao paciente e dá um significado para o seu tempo restante	2019

Artigo 8	As ações de enfermagem frente ao direito à morte digna da criança hospitalizada	Cholbi NCSP, Oliveira ICS, Carmo SA, Morais RCM, Martinez EA, Nascimento LCN	Apresentar a atuação da enfermagem em dar uma morte humanizada para a criança, observando as capacidades ou incapacidade de promover isso	Uma pesquisa qualitativa com a entrevista de 16 membros da enfermagem. Foi apresentado o tema antes da pesquisa com o intuito de refletir sobre o assunto, não tendo perguntas prontas	Quando é possível ter o preparo para a morte do paciente faz diferença para o luto da família. Por isso as informações devem ser claras, principalmente quando os cuidados curativos não é mais uma solução e a morte é eminente	2019
Artigo 9	Da hospitalização ao luto: significados atribuídos por pais aos relacionamentos com profissionais em oncologia pediátrica	Santos MR, Wiegand DL, Sá NN, Misko MD, Szylit R	Entender a relação da família enlutada com os profissionais de saúde durante a hospitalização de seus filhos com uma doença terminal	Trata-se de um estudo qualitativo-interpretativo, guiado pela hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, foram 7 participantes do estudo com idade de 21 a 54 anos	Tudo feito e não realizado vai ser lembrado pela família quando o paciente morrer. A relação com o enfermeiro construído com esse acompanhante durante o tratamento e saber que foi realizado tudo ao poder desse profissional é importante para a construção do luto	2019
Artigo 10	Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica	Silva R, Lage, Macedo E	Buscando, apresentando e entendendo o significado atribuído na morte e morrer em suas vivências como enfermeiro	Foram 25 enfermeiros que participarão do estudo qualitativo, descritivo e explorativo, usando fenomenologia	Assim como a família que perde seu ente querido a enfermagem também sente a perda de seu paciente e ao mesmo tempo necessita ter uma postura profissional diante dos enlutados. Por isso a educação continuada desses profissionais tão importante	2018

Artigo 11	O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde	Silva AAA, Arrais AR	Debater a implicação dos multiprofissionais em evitar o luto complicado de um familiar com idoso internado	Foi utilizado investigação complementar, delineada análise de acordo com a epistemologia qualitativa de González Rey. A participante foi uma filha que tinha sua mãe hospitalizada, a pesquisa foi feita por meio do prontuário dos multiprofissionais à medida que tinha a evolução do caso da idosa	No luto antecipado pode ter a negação do diagnóstico pela família, porque não é uma notícia fácil de internalizar. Pedem que sejam realizados cuidados ditos fúteis quando não tem perspectiva de vida é algo que deixa os profissionais de saúde em um dilema. Por isso a equipe multiprofissional deve discutir esse assunto com a família e tomar uma decisão	2015
Artigo 12	Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer	Prado RT, Leite JL, Silva ÍR, Silva LJ	As razões relacionadas a comunicação para a gestão da enfermagem diante da morte e morrer do paciente internado	Uma pesquisa qualitativa e exploratória utilizando referências teóricas e metodológicas em enfermeiros	Condutas de criar vínculo entre a família e os profissionais de saúde de modo a passar confiança se mostra positivo para o luto. Por outro lado, as condutas de falta de empatia e informação prejudiciais	2019
Artigo 13	Experiência do cuidador familiar de alguém que morre de câncer no momento da morte	Rangel RL, Ramírez OJG	Expor a vivência de um familiar tem durante a evolução ao óbito de um paciente com câncer	Um estudo descritivo, tendo um foco fenomenológico baseado em Husserl e o método de Colaizzi com 16 participantes na Colômbia	a notícia da morte do paciente para a família é incompreensível e não realista a princípio. Para a equipe de saúde o falecido passa a não ter tanta importância porque ele pode esperar, mas a família angústia não por sua assistência	2018

Artigo 14	Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal	Cabeça LPF; Sousa FGM	Perceber a importância da competência para dar as más notícias em uma UTI neonatal	Estudo explicativo e descritivo em um hospital universitário, participaram 10 mães e 14 profissionais de saúde com diferentes atribuições	A comunicação faz parte do cuidado e deve ser exercitado para não deixar nenhuma dúvida ou falta de clareza para o acompanhante. Mesmo sendo desgastante esse momento para a equipe, as experiências acumuladas com constantes lutos constrói uma melhor forma de transmitir as informações	2017
Artigo 15	Profissionais Paliativos e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado	Braz MS e Franco MHP	Compreender e investigar a qualificação dos trabalhadores da área da saúde quanto a sua preparação a evolução ao óbito do paciente e como eles entendem a sua influência de prevenção de um luto complicado na unidade	Estudo qualitativo com 7 diferentes profissionais de saúde que trabalham nos cuidados paliativos. Utilizando um questionário e depois entrevista semiestruturada individual	É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para a morte do paciente. A família nunca estará preparada, necessitam informações e saber quais são as limitações dos profissionais presente no cuidado do paciente. Então o rumo para as práticas é o olhar integral	2017
Artigo 16	Espaços de (final de) vida: estudo etnográfico em domicílios e estabelecimentos médico-sociais brasileiros e franceses	Cordeiro FR, Kruse MHL	Examinar a contribuição dos domicílios e a introdução de médico-sociais como um ambiente admissível para os últimos momentos de vida perspectiva do Brasil e França	Estudo etnográfico com profissionais de saúde, paciente e sua família na França e no Brasil. Foram feitas em duas unidades de cuidados paliativos e nas casas dos pacientes	O cuidado focado na doença entre os enfermeiros está se mostrando mais frequente, algo ilógico para essa profissão. A atitude vem do fato de não estarem preparados para a morte do assistido e acabam refletindo em suas práticas	2019

Artigo 17	Tradução e adaptação cultural do Death Attitude Profile Revised (DAP-R) para uso no Brasil	Machado RS, Oriá MOB, Fernandes MA, Gouveia MTO, Silva GRF	Realizar a tradução do instrumento DAP-R para a realidade brasileira	Foi feita a tradução e validação com a permissão do dono do instrumento para ser utilizado no contexto brasileiro	Todos os enfermeiros que passam pela experiência do paciente evoluir a óbito se comportam de forma diferente, por isso a importância de saber como ele reage nessas situações e se corrigir	2019
Artigo 18	Enfrentamentos dos enfermeiros na morte no processo de cuidado na sala de emergência	Ventura G, Silva B, Heinzen KV, Bellaguarda MLR, Canever BP, Pereira VP	Conhecer como a equipe de enfermagem lida com a morte do paciente na emergência	Foi um estudo qualitativo feita na Costa Rica, sendo entrevistados 8 enfermeiros com diferentes níveis experiências na profissão	A morte é um processo normal da vida humana e a sensibilidade da equipe é intrínseco em seu processo de cuidar do paciente. Só que falar e vivenciar sobre esse tema causa ainda muita angústia	2019
Artigo 19	Sofrimento Moral dos enfermeiros, em situações de final da vida, em unidades de terapia intensiva	Costa MR, Isabela Teixeira Rezende Guimarães ITR, Baliza MF, Bousso RS, Poles K	Apresentar a atuação da enfermagem em dar uma morte humanizada para a criança, observando as capacidades ou incapacidade de promover isso	Estudo qualitativo, descritivo com 11 participantes pertencentes a enfermagem. As entrevistas foram semiestruturadas na unidade de terapia intensiva tendo todos os participantes com experiência variada na profissão	Dar as más notícias e experimentar a morte do paciente se tornam mais fáceis de lidar com o acúmulo da experiência. A boa comunicação com ambas as partes é uma forma de preparar o acompanhante para a morte e evitar um processo do luto ainda mais doloroso	2017

Artigo 20	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional	Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botened DZA	Apresentar a compreensão, conhecimentos e a rotina da equipe multiprofissional no trabalho com crianças em cuidados paliativos em uma unidade de oncologia pediátrica	Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva em um hospital no Brasil. Os participantes foram representantes de 9 profissionais que participam da assistência a crianças em cuidados paliativos oncológicos	Apesar da equipe sofrer cuidando de um paciente em cuidados paliativos sentem que tem um sentido e uma importância fundamental de dar uma vida plena e morte digna para o paciente. Os diálogos entre a equipe multiprofissional os ajudam com seu próprio luto	2015
Artigo 21	Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo	Costa VT, Meirelles BHS	Entender o motivo da aderência ao tratamento da AIDS e HIV em cuidados especializados dos adultos jovens	É um estudo qualitativo com 25 participantes que inclui os pacientes com AIDS, a sua família e os profissionais de saúde feito por depoimentos individuais	Quando comunica as más notícias de forma transparente tem uma aderência maior dos pacientes ao tratamento. O percurso de seu tratamento deve ser interdisciplinar	2019
Artigo 22	Itinerário terapêutico revelado por familiares de pessoas com mesotelioma: estudos de casos múltiplos	Baran FDP, Mercês NNA, Sarquis LMM, Rosa LM, Mensi C, Brey C	Apresentar o percurso do cuidado pelo ponto de vista da família para mesotelioma	Estudo de casos múltiplos e qualitativo com roteiro semiestruturado feito com seis famílias em um período de 6 meses começando em janeiro	O que a família relata ser mais frustrante é a falta de informações sobre o assistido. Isso é importante para que eles comecem a construir um significado para o tempo passado com o paciente e a real gravidade da situação	2019

Artigo 23	Processos de confronto dos enfermeiros face à morte inesperada de crianças e adolescentes	Lima LMM, Pinto CAS, Gonçalves SMB	Entender os métodos usados pelos enfermeiros para suportar a evolução inesperada ao óbito na pediatria	É uma pesquisa qualitativa, entrevistando 6 enfermeiros que trabalham em duas unidades de cuidados intensiva pediátrica e de urgência em Portugal	A morte do paciente é um momento muito doloroso, mas o reconhecimento da família pelo trabalho da enfermagem dá uma sensação de alívio por sentirem que fizeram tudo ao seu poder pelo paciente. A postura mais racional dá a eles uma visão como um todo sobre o quadro do paciente sem se envolver emocionalmente	2018
Artigo 24	Apoio no luto e Burnout das equipes de enfermagem de unidades pediátricas de hospitais chilenos	Vega PV, Rodriguez RG, Galdamez NS, Molina CF, Orellana JS, Villanueva AS, et al	Definir o grau de Burnout e a visão do suporte ao luto pela enfermagem na oncologia e cuidados intensivos pediátricos em hospitais públicos no Chile	Estudo transversal e descritivo com 153 membros da enfermagem de nível superior e técnicos. Na unidade de oncologia e terapia intensiva pediátrica no Chile	Existe um desgaste emocional vivenciar a morte do paciente para os enfermeiros, causando um sentimento de fracasso. Refletindo no risco de ter a síndrome de Burnout, mesmo assim não tira a importância de se criar um vínculo de profissional-assistidos	2015
Artigo 25	Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem	Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ, Castro EAB	Descobrir o que influencia o gerenciamento do trabalho da enfermagem frente a morte e morrer do paciente em unidades de internação médico-cirúrgicas	Foi feita uma entrevista semiestruturada com 41 membros da equipe de saúde que compunham grupos amostrais	A insegurança e sentimentos de fracasso por não poder mais nada a fazer pelo paciente torna a equipe de enfermagem menos empáticos. Com o objetivo de manter a sua saúde mental acabam não atendendo as necessidades da família e o paciente	2018

Artigo 26	Características de cuidadores submetidos à musicoterapia após a morte de seus entes queridos	Silva VA, Silva RCF, Turrini RNT, Marcon SS, Silva MJP	Expor o perfil do enlutado que foi usado a música como tratamento depois de sua perda	Foi utilizado uma produção baseada na análise de comportamento. Abordando os elementos comuns e diferentes no luto. Fazendo parte do movimento psicoterápico	O luto antecipado permite a família se despedir adequadamente, resolvendo as pendências. Importante para a família ter uma relação saudável sem ter obsessão com o paciente	2019
Artigo 27	Mães de anjos: (re)vivendo a morte do filho como estratégia de enfrentamento	Soares LG, Kuchla E, Mazza VA, Soares LG, Ferraz MIR, Mattei AP	Relatar a vivência da perda de um filho da perspectiva de uma mãe	Um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa feito com 6 mães que perderam os seus filhos antes de completar um ano	Para as mães, foi importante a forma como foi declarado as más notícias sobre a perda de seus filhos e toda a atenção e respeito dada a elas para o seu luto	2020

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir dos artigos lidos, foi possível identificação de variáveis, as quais foram divididas em quatro categorias para discussão: Os problemas da equipe de saúde na assistência a família e o paciente; A comunicação como forma de humanização do cuidado; e A importância dos profissionais de saúde para a família enlutada.

OS PROBLEMAS DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A FAMÍLIA E O PACIENTE

O falecimento de uma pessoa é muito mais que uma morte celular, é uma ruptura de um vínculo. Experimentar isso em uma rotina de trabalho é doloroso, as altas cargas emocionais danam a saúde mental da equipe de enfermagem. Cuidar das demandas do paciente e da família pode significar jogar fora o próprio cuidado mental temporariamente para dar ao outro um olhar integral¹³.

Quando os cuidados curativos não são mais uma realidade e o paciente somente pode esperar pela própria morte é algo angustiante¹⁴. Sentimento de impotência, a insegurança diante dessa situação são comuns no trabalho da enfermagem¹⁵. Essa experiência é muito mais difícil para os recém-formados por não terem o amadurecimento ganhando no exercício da profissão como os seus veteranos¹⁴.

Todas as pessoas reagem de forma diferente frente a morte, por isso, saber como se comportar diante dessa situação estressante é importante para dar uma melhor assistência. Ter essa percepção, refletir sobre a morte e ter uma educação continuada podem ser aliados quando ainda não se obteve o acúmulo de experiência ou não se está preparado para atuar como profissional de saúde¹⁶.

Na graduação se espera que o enfermeiro seja capacitado a atender todos os pacientes em seu ciclo vital¹⁷. Por isso, a introdução sobre a morte e o morrer deveria

começar em sua graduação, mas ainda se é pouco discutido na academia¹⁸. Quando isto não acontece, muitos vivenciam o falecimento do paciente sem nenhum tipo de preparação. Isso vai fazer diferença quando começar o exercício profissional. Aqueles que tiveram essa oportunidade durante a graduação têm uma atitude mais consciente do que aqueles que não tiveram¹⁶.

A evolução ao óbito do enfermo causa sofrimento ao enfermeiro, não importando o tempo que passou cuidando do paciente¹⁵. Somando isso ao esgotamento causado pela própria profissão e um ambiente que causa constante estresse, a equipe cria mecanismos de manter seu bem estar¹⁷. Por isso, o não envolvimento emocional com o enfermo e a sua família é uma das formas de proteção de sua saúde mental, o que resulta em uma assistência que se focaliza somente na doença¹⁹. O distanciamento da enfermagem do paciente causa danos¹⁴.

Por outro lado, as altas demandas que a própria instituição exige desses profissionais não os permitem dar uma atenção de qualidade. Conseqüentemente, nos momentos de fragilidade emocional da família não ocorre o apoio necessário e tão pouco o planejar de ações de enfrentamento após a morte do assistido, mostrando, assim, a falta de humanização institucional²⁰.

Uma outra questão é o trabalho de equipe entre a enfermagem e os demais profissionais que deve proporcionar uma continuidade do tratamento²¹. Quando não existe uma ligação entre o trabalho das diferentes especialidades da equipe de saúde, isso quer dizer que vai haver uma deficiência no planejamento de ações psicossociais para aliviar o sofrimento dos assistidos e seu(s) familiar(es)¹⁴.

A falta de união é um prejuízo para os enfermeiros, pois perdem a chance de ter um grupo de multiprofissionais que tem os mesmos objetivos, para discutir o que vão fazer quando o tratamento não está dando mais certo²². Ser uma equipe de verdade é uma forma de enfrentamento de seu próprio luto e é benéfico para a saúde mental de todos, já que será com eles que estes irão expressar os sentimentos perante o falecimento do paciente^{13, 23}.

Dessa maneira, o preparo como profissional e o trabalho em equipe refletem na assistência dada e faz diferença para a família em processo de luto, já que serão questionadas as condutas, principalmente quando o paciente falecer e as ações de enfermagem não forem as melhores que poderiam ter ocorrido. Então, a aceitação da morte será muito mais difícil, mostrando indignação e raiva que acabam agravando o seu estado emocional de luto. Por isso, a interdisciplinaridade, o aprimoramento de seu conhecimento científico, realização de diálogos sobre a morte e o morrer são tão importantes para o aprimoramento das condutas de enfermagem^{14,16, 24}.

A COMUNICAÇÃO COMO FORMA DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Mesmo sendo importante falar sobre a possibilidade de morte do paciente, os enfermeiros não se sentem preparados para o fazer. Porém, há uma grande diferença entre as famílias que receberam o preparo para o momento do falecimento de seu ente querido e aquelas que não tiveram. A comunicação com linguagem acessível é uma das condutas que deve ser aplicada para qualquer tipo de paciente e o seu acompanhante^{13, 21, 25}.

A maturidade adquirida na profissão faz os enfermeiros perceberem quais casos em que pode haver a cura e os que não têm nenhuma possibilidade, sendo importante deixar claro a existência dessas situações¹⁴. Quando há uma conexão entre os envolvidos fica mais fácil passar as informações sobre o estado de saúde do

familiar hospitalizado, abrindo, assim, a possibilidade de dar sugestões para uma melhor vida do paciente, caso ele esteja em cuidados paliativos²⁵.

As más notícias sempre trazem um risco para o bem-estar da família, sendo importante se preocupar com o que esse fato vai causar nas pessoas. A forma como a notícia foi transmitida, a possibilidade de um local privado sem pessoas estranhas, e o momento que foi transmitida são todos aspectos mais importantes do que a informação em si¹⁹. Todos esses critérios podem resultar em uma recepção ruim/inadequada, se não cumpridos¹³.

O objetivo não é tirar a esperança da família quando se dialoga sobre o estado de saúde do paciente, mas é necessário ser transparente. O pior de todas as notícias é, sem dúvidas, a do falecimento, sendo, nesse momento, preferível por alguns enfermeiros, o uso da linguagem não verbal do que da linguagem verbal, como forma de prestar a assistência¹⁹.

O desenvolvimento de capacitação em transmitir as más notícias não é muito valorizado e, quando existem protocolos para isto, nem sempre são usados de forma adequada, o que pode provocar o engessamento do diálogo. A sua importância durante a terapia e acesso a isso fazem parte de um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade. À medida que o prognóstico for piorando, a família vai entendendo o porquê de isto estar acontecendo, pois durante todo o tratamento, os profissionais não omitiram informações e usaram uma linguagem acessível^{13, 19, 26}.

A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA A FAMÍLIA ENLUTADA

A enfermagem tem grande influência no luto da família, por essa razão, toda a sensibilidade transmitida para esta, desde o momento da internação do paciente, até depois da morte vai ser um suporte para a dor que se originou da perda^{15, 20}. A postura profissional não deve ser esquecida e de que o seu trabalho é usar de seu conhecimento técnico-científico adquirido em sua formação aliado a um olhar integral para todos que assiste^{13, 17, 18}.

Deve-se ter ações gerenciais para proporcionar melhor manejo, com o objetivo de dar a família melhor suporte, desenvolvendo condutas, formas de agir e o diálogo pela equipe de enfermagem, para que o enlutado passe de forma mais saudável essa fase, tanto antes, quanto depois do falecimento, esperando, assim, o entendimento do fato de ser um fenômeno natural da vida^{15, 21}.

Quando ocorre um diagnóstico de terminalidade, é o momento de resolver todas as pendências e começar a pensar em uma vida sem a pessoa amada. Independente do quanto seja angustiante passar pela experiência de ver quem ama morrendo, há uma hora em que a morte ocorre e não há nada que nenhum profissional possa fazer pelo caso. Por isso, a importância de deixar claro a possibilidade da morte e as limitações como enfermeiro ou qualquer outra profissão que participa do cuidado^{18, 20}.

A visão do paciente em definhando projeta a imagem de finitude em sua família, como também sensação de medo do falecimento a qualquer momento, podendo resultar em um período de ansiedade que dificultará no processo de luto^{27, 28}. Então, o enfermeiro deve estar preparado para as reações do enlutado²⁰.

A espiritualidade tem muito a acrescentar no cuidado de pessoas prestes a morrer, pois dá um novo significado para todo o cuidado feito, trazendo paz e o porquê de viver plenamente, mesmo sendo um paciente em terminalidade, tendo a família fragilizada, também, beneficiando-se por receber apoio espiritual. Igualmente ajuda a

diminuir os sentimentos de melancolia e de ansiedade deles. Há melhora das condições psicológica e física, resultando em uma vida mais saudável para a família e paciente^{19, 29}.

As palavras, talvez, se tornem não mais necessárias, porque a sua comunicação não-verbal e o simples fato de poder consolar com um abraço podem ser suficientes. Afinal, nenhuma palavra pode definir o que é perder uma pessoa para sempre^{13, 20}.

O vínculo criado pela equipe de enfermagem causa, depois do óbito do paciente, um sentimento de dever cumprido no acompanhante. Este vai se lembrar que naquele hospital, por exemplo, fizeram o possível pelo falecido e puderam permitir uma morte sem arrependimento para o familiar. Além disso, irão se lembrar que não estavam sozinhos nos seus momentos mais difíceis²⁴.

O trabalho com a família permite a construção do significado da internação e de sua morte e isso tudo reflete no luto³⁰.

Considerações finais

Todos os profissionais de saúde passam, também, pelo luto e ele não é menos doloroso, já que estão “apenas realizando as suas atribuições”. Apesar de ser muito importante a introdução do assunto na academia, isto é algo que o profissional, também, aprende a lidar com o acúmulo da experiência. As bases para se realizar isso devem começar durante a graduação, mas é inegável que haverá dificuldade quando o primeiro paciente sob os seus cuidados evoluir a óbito.

É importante ressaltar que apesar do mecanismo de defesa usado por alguns profissionais possa ser criticável, como o afastamento do paciente e o cuidar somente focado na doença, este é, talvez, a única forma que encontraram para trabalhar. Se a melhor maneira de as ações de enfermagem, que satisfaçam as necessidades de um enlutado e sua família, advirem seja com a vivência da profissão, isso é difícil concluir.

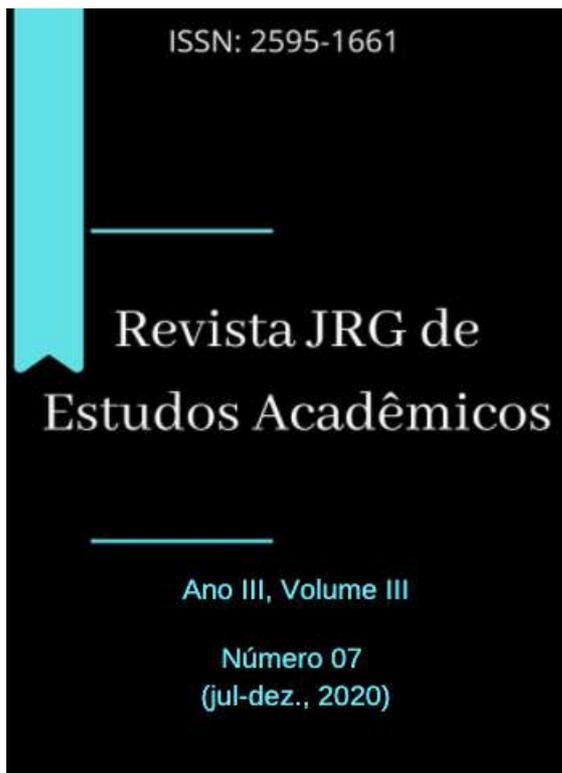
Por outro lado, as condutas de enfermagem não devem ser um dos motivos que contribuem negativamente no processo de luto da família. Por esse motivo, dá-se a importância da comunicação, empatia, trabalho em equipe e aperfeiçoamento de os seus conhecimentos científicos, sendo fundamental a preparação para atender pacientes em terminalidade e os seus familiares, que também devem ser acolhidos. Afinal, a dor de perder alguém não pode ser medida, para o acompanhante-familiar tudo que foi feito no decorrer do tratamento será importante para a conformação do falecimento de quem amaram e, desta forma, perceberão que a luta contra a enfermidade acabou, mas, com certeza, houve uma morte digna.

Referências

1. Kovács MJ, Rothschild D, Morato HTP, Freitas LV, Calaza RA, Rosenberg RL, Cassorla RMS e Carvalho VA. Morte e Desenvolvimento humanas. 3 ed. Casa do psicólogo livraria e editora: 1999.
2. Silva VA, Silva RCF, Turrini RNT, Marcon SS, Silva MJP. Características de cuidadores submetidos à musicoterapia após a morte de seus entes queridos. Rev Bras Enferm. 2019; 72(6): 1464-70.
3. Kubler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. 10 ed. Editora Martins Fonte: 2017.
4. Soares LG, Kuchla E, Mazza VA, Soares LG, Ferraz MIR, Mattei AP. Mães de anjos: (re)vivenciando a morte do filho como estratégia de enfrentamento. Escola Anna Nery, 2020; 24(1).

5. Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ, Castro EAB. The process of dying/death: intervening conditions to the nursing care management. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4): 2005-13.
6. Lugarinho CA, Pacheco APAM, Nogueira JGP, Rosario SE, Magalhães P, Lugarinho LP, Penello LM. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. 2010.
7. Vega PV, Rodriguez RG, Galdamez NS, Molina CF, Orellana JS, Villanueva AS, et al. Supporting in grief and burnout of the nursing team from pediatric units in Chilean hospitals. *Rev. Esc Enferm USP.* 2015; 51.
8. Lima LMM, Pinto CAS, Gonçalves SMB; Processos de confronto dos enfermeiros face à morte inesperada de crianças e adolescentes. *Rev Rene.* 2018; 19.
9. Baran FDP, Mercês NNA, Sarquis LMM, Rosa LM, Mensi C, Brey C. Itinerário terapêutico revelado por familiares de pessoas com mesotelioma: estudos de casos múltiplos. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28.
10. Costa VT, Meirelles BHS. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/aids sob a ótica do pensamento complexo. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28.
11. Hellinger B. A fonte não precisa perguntar pelo caminho: um livro de consulta. Patos de Minas, MG: Editora Atman, 2005.
12. Organização Pan-Americana de saúde (OPAS). *Depressão.* 2018.
13. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botened DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(2): 56-62.
14. Costa MR, Isabela Teixeira Rezende Guimarães ITR, Baliza MF, Bousso RS, Poles K. Sofrimento Moral dos enfermeiros, em situações de final da vida, em unidades de terapia intensiva, *Rev enferm UFPE online.* 2017; 11(9): 3607-16.
15. Ventura G, Silva B, Heinzen KV, Bellaguarda MLR, Canever BP, Pereira VP. Enfrentamentos dos enfermeiros na morte no processo de cuidado na sala de emergência. *Revista Enfermería Actual em Costa Rica.* 2019; 2(37).
16. Machado RS, Oriá MOB, Fernandes MA, Gouveia MTO, Silva GRF. Tradução e adaptação cultural do Death Attitude Profile Revised (DAP-R) para uso no Brasil. *Texto Contexto Enferm,* 2019; 28.
17. Cordeiro FR, Kruse MHL. Espaços de (final de) vida: estudo etnográfico em domicílios e estabelecimentos médico-sociais brasileiros e franceses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40.
18. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2017; 37(1): 90-105.
19. Cabeça LPF; Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Fund Care Online.* 2017; 9(1): 37-50.
20. Rangel RL, Ramírez OJG. Experiência do cuidador familiar de alguém que morre de câncer no momento da morte. *Aquichan.* 2018; 18(4): 395-406.
21. Prado RT, Leite JL, Silva IR, Silva LJ. As razões relacionadas a comunicação para a gestão da enfermagem diante da morte e morrer do paciente internado. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28.
22. Silva AAA, Arrais AR. O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. *Rev. Kairós.* 2015; 18(2): 247-264.
23. Silva R, Lage, Macedo E. Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2018; (20).

24. Santos MR, Wiegand DL, Sá NN, Misko MD, Szylit R. Da hospitalização ao luto: significados atribuídos por pais aos relacionamentos com profissionais em oncologia pediátrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53.
25. Cholbi NCSP, Oliveira ICS I, Carmo SA, Morais RCM, Martinez EA, Nascimento LCNL. As ações de enfermagem frente ao direito à morte digna da criança hospitalizada. *Esc. Anna Nery*. 201; 23(3).
26. Cavalcanti ÍMC, Oliveira LO, Macêdo LC, Leal MHC, Morimura MCR, Gomes ET. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. *Rev Cuid*. 2019; 10(1).
27. Figueiredo RMA, Sá LO, Lourenço TM, Almeida SS. Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2019; 32(2):178-85.
28. Nascimento DC, Nasser GM, Amorim CAAA, Porto TH. Luto: uma perspectiva da terapia analítico comportamental. *Psicol Argum*. 2015: 33(83); 446-458.
29. Arriera ICO, Thofehn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade em cuidados paliativos: experiências vividas de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52.
30. Misko MD, Santos MR, Ichikawa CRF, Lima RAG, Bousso RS. A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(3): 560-7.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **25/10/2020**

Data de reformulação: **04/11/2020**

Data do aceite: **17/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4278017>

Publicado: **2020-11-17**

O PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO E POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA PRÁTICA ESCOLAR

THE NATIONAL PLAN OF EDUCATION AND NATIONAL SPECIAL EDUCATION POLICY: A CASE STUDY ON INCLUSIVE EDUCATION IN SCHOOL PRACTICE

*Daniela dos Santos Borges Castro¹
Denilson Douglas de Lima Cardoso²
Valdivina Alves Ferreira³*

RESUMO

O presente artigo tem como proposta analisar os elementos presentes no Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024 relacionado com a Política Nacional de Educação Especial (PNEE 2008) a partir da análise empírica realizada em uma escola de educação básica, no Riacho Fundo I) na Perspectiva da Educação Inclusiva, procurando verificar como a instituição de ensino em questão tem atendido ao público que demanda atendimento educacional especializado. O artigo aborda sob o ponto de vista documental, bibliográfico e empírico a temática relacionada à implementação da meta 4 do PNE 2014-2024 e da PNEE tendo como pergunta a seguinte indagação: Qual é a realidade do cotidiano escolar que está sob a influência da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) e do PNE (2014-2024) meta 4? O itinerário

¹Mestranda em Educação pela Universidade Católica de Brasília e professora da Secretaria de Estado e Educação do Distrito-Federal (SEE/DF) - E-mail: danielaborjes.castro@gmail.com

²Mestrando em Educação pela Universidade Católica de Brasília e professor da Secretaria de Estado e Educação do Distrito-Federal (SEE/DF) - E-mail: denylsondouglass@gmail.com

³Professora Doutora, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Católica de Brasília.

para a resolução da pergunta passa pela análise da legislação relacionado com um estudo de caso de uma realidade escolar específica. Os resultados mostram que a comunidade escolar não foi preparada com antecedência para o atendimento das pessoas com deficiência, não tem uma infraestrutura adequada para o atendimento ao público da Educação Especial e aponta para um grupo de profissionais da Educação que não receberam formação continuada por parte da Secretaria Estadual de Educação do DF como deveriam, mas, que estão desenvolvendo o trabalho baseado em seus próprios esforços.

Palavras-chave: Inclusão. Pessoa com Deficiência. Acessibilidade.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the elements present in the National Education Plan (PNE) 2014-2024 related to the National Special Education Policy (PNEE 2008) from the empirical analysis carried out in a basic education school, in Riacho Fundo I) in the Inclusive Education Perspective, trying to verify how the educational institution in question has served the public that demands specialized educational assistance. The article addresses, from a documental, bibliographic and empirical point of view, the theme related to the implementation of goal 4 of the PNE 2014-2024 and the PNEE, asking the following question: What is the reality of the school routine that is under the influence of the Policy National Special Education in the Perspective of Inclusive Education (2008) and PNE (2014-2024) goal 4? The itinerary for the resolution of the question goes through the analysis of the legislation related to a case study of a specific school reality. The results show that the school community was not prepared in advance to assist people with disabilities, does not have an adequate infrastructure for serving the Special Education public and points to a group of Education professionals who did not receive continuing training from the State Department of Education of the Federal District as they should, but who are developing the work based on their own efforts.

Keywords: Inclusion. Disabled Person. Accessibility.

INTRODUÇÃO

Ao abordarmos a inclusão educacional, faz-se necessário verificar como a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) tem interferido no contexto das escolas, pois toda política pública traz consequências e desafios para as escolas e para a Educação no Brasil.

A Política Nacional de Educação Especial de 2008 (PNEE) e o Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024) compreendem e abarcam de modo amplo o desenvolvimento educacional no Brasil dando suportes para que ocorra a qualidade e melhoria da educação. Trata-se de um processo de luta que se originou desde o processo da constituinte procurando assim garantir o direito fundamental à educação no território nacional para toda a população. Nesse sentido, o estabelecimento de legislação que pudessem assegurar tal direito seria um marco que evidenciaria o papel dos países signatários comprometidos com a educação de modo muito especial o Brasil.

A construção participativa das leis e do processo de instauração da legislação para a construção da PNEE e do PNE (2014-2024) demarcam também os processos do desenvolvimento humano e civilizatório que exigem um projeto de educação no

âmbito nacional visando ações formais estabelecidas a partir de objetos e metodologias que concretizassem e norteasse a ação de implementação da legislação.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 e o PNE de 2001-2010 demarcaram o pacto que combinado com o Art.214 da Constituição Federal de 1988 assumiriam a erradicação do analfabetismo, universalização do atendimento escolar, melhora no ensino e na sua qualidade, a formação para o trabalho e a promoção humanística, científica e tecnológica do Brasil visando o estabelecimento de meta e aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto, fato este incluso na constituição por meio de Emenda Constitucional N° 59, de 2009.

Analisando esse contexto de formulação do PNE 2001-2010 infere-se que a Constituição Federal de 88 avançou no contexto da educação non regime de colaboração que envolve a União, Estados e municípios, no entanto, o cenário social e político determina diversos fatores no que se refere ao desenvolvimento de políticas estaduais para o cumprimento das metas que são estabelecidas.

Em relação a Formulação do PNE 2001-2010, nota-se a influência oriunda da Conferência Mundial de Educação para Todos em Jomtiem, nesse sentido, o Plano Nacional de Educação para Todos e tantas outras propostas e metas do primeiro PNE não foram cumpridas totalmente devido aos problemas de formulação do projeto de lei, com números excessivos de metas, e ou meta que evidenciavam uma incoerência interna, distanciamento do texto final aprovado pelo Legislativo em relação as reivindicações de movimentos sociais, a ausência de mecanismos e recursos para garantir o financiamento da proposta, a falta de articulação do PNE com o plano plurianual (PPA) e suas revisões, a ausência de regulação das ações que envolviam o regime colaborativo e federativo e a ausência de monitoramento sistêmico durante o processo de execução das políticas.

O Plano Nacional de Educação 2014-2024 configurou-se como uma proposta educacional nacional que ampliasse e possibilitasse o desenvolvimento de políticas eficazes no que se refere ao processo educacional no âmbito nacional, visando a promoção e a articulação dos esforços nacionais em regime colaborativo.

Sancionado pela presidenta Dilma Roussef após três anos de tramitação no Congresso Nacional, o novo PNE 2014-2024 define em seu escopo vinte metas e duzentos e cinquenta e três estratégias para a educação no decênio 2014-2024, na forma da Lei N° 13.005 que versa sobre dez diretrizes como a erradicação do analfabetismo, universalização do atendimento escolar, superação das desigualdades educacionais, propõem uma melhora no ensino e na sua qualidade, procura promover a sustentabilidade, visa a promoção humanística, científica e tecnológica do país, estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto, valorização dos profissionais da educação e difusão dos princípios da equidade, do respeito à diversidade e a gestão democrática na educação.

O surgimento de um Plano Nacional de Educação foi um processo marcado por reivindicações sociais históricas que exigiam no âmbito nacional uma política nacional de educação. O processo histórico para a sanção presidencial do PNE 2014-2024 deu-se inicialmente na Conferência Nacional de Educação (CONAE) no ano de 2010, com o tema “Construindo o Sistema Nacional Articulado: o Plano Nacional de Educação, Diretrizes e Estratégias de Ação, tal evento só foi possível devido ao compromisso do governo em 2008 na Conferência Nacional de Educação Básica. Nesse sentido, a proposta de constituição de um plano nacional de educação é fruto

de mobilização internacional que unifica diversos sujeitos sociais visando objetivos comuns conforme afirma Saviani,

[...] a formulação do Plano Nacional de Educação se põe como uma exigência para que o Sistema Nacional de Educação mantenha permanentemente suas características próprias. Com efeito, é preciso atuar de modo sistematizado no sistema educacional; caso contrário, ele tenderá a distanciar-se dos objetivos humanos, caracterizando-se especificamente como estrutura (resultado coletivo inintencional de práxis intencionais individuais. (SAVIANI, 2010, p. 388).

Inferre-se que a constituição histórica do PNE 2014-2024 implica uma necessidade de compreender os objetivos, analisar a realidade social visando uma práxis educacional com fim ao desenvolvimento de uma educação ampla, dentro de um ambiente social e político coerente para o processo educacional a fim de que se possa reunir normas comuns para a sua implementação e ação visando uma mobilização intencional de serviços educacionais para a composição de ações conjuntas, criação de espaços de acompanhamento e ações estaduais que se relacionasse com o desenvolvimento das metas do PNE.

O atual PNE 2014-2024 encontra-se configurado na seguinte estrutura, na primeira parte encontra-se corpo da Lei, que discute as questões gerais sobre o plano em seus 14 artigos que abordam as diretrizes, as formas de monitoramento e avaliação, a importância da articulação, as esferas governamentais, a participação da sociedade e os prazos para a elaboração ou adequação dos planos estaduais e municipais para a instituição do Sistema Nacional de Educação. Na segunda parte estruturante, encontra-se anexos que apresentem as metas e as respectivas estratégias para se alcançar cada uma das metas ali estabelecidas. Como apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Distribuição das metas de acordo com o foco de atuação

Metas	Conteúdo
1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10 e 11	São estruturantes para a garantia do direito à educação básica com qualidade. Essas metas versam sobre o acesso, a universalização da alfabetização e a ampliação da escolaridade e das oportunidades educacionais.
4 e 8	Abordam especificamente a redução das desigualdades e a valorização da diversidade.
12, 13 e 14	Tratam da qualidade e da ampliação do acesso à educação superior e à pós-graduação.
15, 16, 17 e 18	Visam à valorização dos profissionais de educação. São metas estratégicas para o sucesso de outras metas.
19	Contempla a efetivação da gestão democrática.
20	Define a ampliação de investimentos.

Fonte: Brasil (2014)

Inferre-se que as metas e os conteúdos de cada uma delas implicam em prazos específicos para a realização incluindo o observatório do PNE onde os dados podem

ser compilados no âmbito regional, estadual e nacional. O observatório tem como objetivo fazer o monitoramento e o acompanhamento das metas oferecendo um cenário de análise sobre as políticas educacionais já existentes e que serão implementadas ao longo do decênio no auxílio de gestores e pesquisadores.

Nesse contexto, o objeto desse artigo é olhar sobre a aplicabilidade da meta 4 do PNE 2014-2024 que propõe a universalização do acesso de atendimento especializado na educação básica aos estudantes de quatro a dezessete anos com deficiência e transtornos globais. Nesse sentido, é preciso compreender a Política de Educação Especial 2008 instituído pelo decreto nº 6571/2008 que tem no seu objetivo assegurar a inclusão escolar dos estudantes com transtornos globais do desenvolvimento e as altas habilidades.

No que consiste aos dados coletados no Observatório do PNE 2014-2024, principalmente em relação à meta 4, é informado que

Não há dados para o monitoramento desta meta. As pesquisas e o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não buscam informações suficientes que permitiriam identificar como está a inclusão nas escolas das pessoas de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. Esse é mais um sinal da indiferença histórica e persistente em relação ao tema. Indicadores auxiliares ajudam a traçar um panorama geral da situação. (OBSERVATÓRIO PNE 2014-2020)

Com base na informação acima, a discussão sobre a meta e a ausência de dados para o acompanhamento de propostas e atividades indicam um processo de atraso histórico no que consiste ao direito dessa população.

Nesse sentido, e compreendendo a Educação Especial dentro da modalidade de educação escolar que envolve ações como o Atendimento Educacional Especializado (AEE) procurou-se desenvolver uma análise específica sobre a situação e implementação de ações voltadas para a população especial de uma escola pública do Distrito- Federal.

A partir de uma atividade de observação de uma escola inclusiva, foi possível tecer análises sobre a influência da Política de Educação Especial. Para tanto, foi escolhido um colégio estadual na localidade do Riacho Fundo I/ DF como espaço de observação e análise⁴.

No período da observação realizado no mês de agosto de 2020, em escola pública com uma população muito carente, com infraestrutura debilitada até para atender aos alunos regulares, o que é agravado se houver foco nos alunos com deficiência física, pois a escola não tem acessibilidade arquitetônica adequada a este público. A instituição está localizada em um bairro de classe média onde as famílias levam seus filhos à escola ou caminhando devido à proximidade de suas respectivas residências.

Surge a questão: Qual é a realidade do cotidiano escolar de uma instituição que está sob a influência da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) e que atende a educação básica?

O estudo da influência desta Política Nacional é importante, pois esta tem sido alvo de críticas e de processos de resistência nas escolas comuns. O que se observa

⁴ A observação realizada no referido colégio resultou no “Relatório de Observação de um Espaço Inclusivo”, o qual se encontra referenciado ao final deste texto. O período de observação foi no 2º semestre de 2020 no mês de Agosto.

é que a implantação dessa Política Nacional trouxe avanços, mas muitos desconfortos aos profissionais da Educação. A inclusão das pessoas com deficiências nas escolas regulares tem sido a orientação do governo federal, mas, independentemente do fato de ser esta uma alternativa importante, o que se observa é que as escolas regulares foram pegadas de surpresa nesse processo de incluir as pessoas com deficiência.

Com respeito ao embasamento metodológico, o presente estudo caracteriza-se, quanto aos meios, como um estudo de caso, e, quanto aos fins, como uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa. A pesquisa adotou como sujeitos da pesquisa os professores atuantes na instituição, mas principalmente o professor o atuante na sala onde funciona o Atendimento Educacional Especializado/AEE, sendo que, para a coleta dos dados, foram utilizados como instrumentos um roteiro de observação e um roteiro de entrevista aos profissionais da Educação.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO NO COLÉGIO

A escola campo desta pesquisa oferece o Ensino Fundamental e Classes de ensino especial onde os serviços educacionais ocorrem em 2 turnos: matutino, (das 7:30 até 12:30h), vespertino (das 13:00h às 18:00) e possui 38 turmas.

Atualmente, a equipe de professores, para todos os turnos, é de aproximadamente 38 professores; há também 12 servidores de serviços gerais atuando na limpeza, na cozinha, na segurança e na manutenção.

Foi feita uma visita a todas as dependências da instituição, com o acompanhamento de um dos membros da equipe diretiva. Nessa visita, foi explicado aos pesquisadores como se dá cada atividade desenvolvida naquele recinto.

O prédio possui 19 salas e comporta: 1 sala de professores com cozinha, 1 sala onde fica a coordenação pedagógica, 1 sala onde funciona a secretaria, 1 sala da direção, banheiros para os alunos (masculino e feminino), 1 pátio coberto, 1 quadra para a prática de esportes descoberta. Há 1 cozinha onde as refeições são produzidas, mas são servidas nas salas de aulas. Existe 1 sala onde funciona uma sala de leitura/ vídeo.

As salas da referida escola não são climatizadas nem oferecem ventiladores suficientes. O pátio externo funciona como um estacionamento não sendo devidamente pavimentado e não tendo uma cobertura para os carros.

Trata-se de uma instituição nomeadamente pela Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal como inclusiva que tem entre os alunos: 3 alunos com múltiplas deficiências (física e intelectual), 19 alunos com deficiência intelectual, 5 alunos com TDH (alguns desses alunos têm laudo, outros vieram de outras escolas com um relatório psicológico, mas existem ainda alunos sem laudo médico), e 3 alunos com autismo Não existe no colégio alunos com altas habilidades/superdotação atendido na mesma devido o atendimento acontecer em outra instituição de ensino da Gerência Regional de Ensino do Núcleo Bandeirante /DF.

Existe 1 sala de recursos onde funciona o Atendimento Educacional Especializado - AEE, entretanto não foi observado na sala os equipamentos previstos para uma sala apropriada para esse tipo de atendimento. Esta sala apenas funciona como sala de reforço escolar. Os alunos que têm laudo médico são atendidos pelo apoio na sala regular e no contraturno esses alunos são atendidos pelo AEE. As professoras de apoio são itinerantes e elas atendem, nas salas de aula, quando alunos com deficiência estiverem presentes.

Todos os alunos que têm laudo médico são atendidos pelas professoras de apoio, tanto na sala comum como também no contraturno, pelo AEE.

Os alunos com deficiências são atendidos no contraturno na sala do AEE, com duração de 1 hora e 30 minutos para cada aluno, três vezes por semana; às vezes as professoras fazem atendimento em grupo. Pela falta de recursos, os professores usam da criatividade. Utilizam, por exemplo, apenas papel, cartolinas, pincel e material reciclável. Nesta sala havia um computador que era disponível para os alunos, mas, foi tirado da sala e está desativado, pois na sala não há acesso à Internet.

A escola recebeu uma quantidade de computadores doados pela Polícia Federal, porém com formatação ultrapassada, mas apesar de um espaço físico adequado para abrigá-los, não foi criado um laboratório de informática para os alunos, pois não tem profissionais habilitados para este atendimento. Alguns destes computadores foram aproveitados na secretaria, na sala dos professores e na sala da coordenação, substituindo computadores antigos que não funcionavam bem.

Na sala de recursos do AEE, atua 1 professora, sendo a mesma responsável pelos atendimentos neste referido espaço, as outras professoras atuam também como professoras de apoio nas salas de aula – constituindo desta forma sua tarefa principal.

Uma das professoras que atuam como professora de apoio é pedagoga e especialista em Educação Especial, pois fez, por conta própria, diversos cursos: Psicopedagogia com ênfase na Educação Inclusiva, curso de Orientação Educacional voltado para a inclusão, curso de Intervenção em Psicopedagogia, curso de AEE, e vários outros. Esta é uma psicopedagoga contratada, mas, seu contrato terminará brevemente. Uma das duas outras professoras cursou uma licenciatura em pedagogia e a outra professora cursou licenciatura em geografia, sendo que as duas fizeram vários cursos de 40 horas em Educação Especial.

Até o momento, não houve uma formação continuada específica oferecida pela Secretaria de Educação sobre o atendimento educacional especializado. O que tem acontecido são reuniões pedagógicas informativas nas quais recebem orientações sobre a Educação Especial.

Uma tutora, da Secretaria de Educação, visita o colégio periodicamente; essa tutora trabalha mais com os coordenadores pedagógicos e são os coordenadores que passam aos professores, as orientações sobre como lidar com os alunos com deficiências.

INCLUSÃO EDUCACIONAL E A IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO ESPECIAL

O termo “inclusão” normalmente tem correspondido à inserção escolar ou social de pessoas com algum tipo de impedimentos físicos, sensoriais, intelectuais, mentais ou comunicacionais, que podem encontrar barreiras no contexto escolar, ou em qualquer espaço social independente da sua condição. Para Pacievitch (2012 apud BORGES, 2019, p. 419), “refletir sobre o termo “inclusão” indica que é um termo amplo, utilizado em diferentes contextos, em referência a questões sociais variadas”. Segundo Borges

A propósito da questão da deficiência e sua correlação com os termos “diversidade” e “inclusão”, observa-se que estes termos fazem parte da longa trajetória de movimentos mundiais pela luta em favor da melhoria de condições, aceitação e integração social e educacional das pessoas com deficiências. Isto acontece porque historicamente esses indivíduos têm sido vítimas de processos excludentes cristalizados pela sociedade e os termos em questão, como indicado acima, contemplam aspectos ligados a lutas emancipatórias e integração das pessoas discriminadas. (2019, p 419).

Outrossim, Mantoan (2006) aponta a diferença conceitual entre os termos inclusão e inserção que é importante estar presente nas discussões relacionadas a inclusão educativa

Integração refere-se mais especificamente à inserção de alunos com deficiência nas escolas comuns, mas seu emprego dá-se também para designar alunos agrupados em escolas especiais para pessoas com deficiência, ou mesmo em classes especiais, grupos de lazer ou residências para deficientes. [...] mudança de perspectiva porque não atinge apenas os alunos com deficiência (...), mas todos os demais, para que obtenham sucesso na corrente educativa geral. (2006, p.18-19).

Por causa de todo esse movimento de aceitação da diversidade, nota-se a luta por vencer a visão negativa da deficiência, no sentido de aprender a olhar para pessoas com deficiência como pessoas que merecem respeito e dignidade. A educação escolar ocupa um papel de destaque neste processo, já que é um espaço privilegiado onde a socialização do conhecimento acontece. A visão de incluir todas as pessoas nas escolas regulares é baseada em um movimento mundial, dirigida por organismos internacionais que procuraram divulgar essa ideia para os governos de todo o mundo.

O Brasil procurou seguir essa orientação internacional, desenvolvendo uma política específica: a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Brasil, 2008); a partir dessa Política Nacional, houve a prioridade de matrículas nas escolas regulares em todo território nacional. A referida Política orienta

O movimento mundial pela Educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A Educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola. (BRASIL, 2008, p. 1)

A Política Nacional em seu texto classifica a pessoa com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação como

[...] deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse. (BRASIL, 2008, p. 9)

Nas entrevistas feitas à equipe diretiva e professoras desta unidade escolar, foi percebido que se trata de uma escola regular inclusiva, pois procura seguir a orientação desta Política Nacional, matriculando pessoas com deficiência.

Vale aqui destacar o que os professores entrevistados pensam sobre como tem acontecido o processo de inclusão na já citada instituição de ensino. Fica evidenciado durante as entrevistas que ocorreram via WhatsApp em virtude da pandemia do COVID-19⁵ que os professores dizem que não são preparados com antecedência para receber a pessoa com deficiência no contexto da sala de aula, antes, apenas no início das aulas percebem que existe um aluno com provável deficiência.

Diante do fato, procuram falar com a coordenação sobre a existência desse aluno, e é a coordenadora que fala com a direção do colégio sobre esse desafio. A partir desse momento o diretor da escola entra em contato com os familiares, a coordenadora recebe a família e procura saber sobre o histórico escolar e sobre a deficiência do aluno, orientando a família a buscar ajuda médica e psicológica para obter um possível laudo médico. Normalmente, a família não providencia o laudo; tal ocorrência é interpretada como falta de interesse por parte da família, ou é atribuída a dificuldades inúmeras para realização dos exames e consultas para este fim.

Os professores reclamam de que não há uma harmonia em que o contexto escolar fosse preparado, com antecedência, para receber o aluno com deficiência. Ou, talvez não haja interesse, conhecimento técnico ou estratégia por parte da direção ou da gestão da educação estadual, no sentido de melhor atender esse público especial. Entendem que seria necessário haver uma sincronia entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, a direção do colégio, a coordenação e os professores.

A Política Nacional orienta que para promover o atendimento das necessidades educacionais especiais de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação – até com alunos com transtornos funcionais específicos, o colégio precisa prestar esse serviço de forma articulada com o ensino regular.

Observou-se que a escola não tem acessibilidade arquitetônica para atender, de forma adequada, as pessoas com impedimentos físicos, pois não existem banheiros adaptados. O que existe são algumas rampas improvisadas, feitas por um pai voluntário; a área externa é de brita e não é cimentada. No entanto, a Política Nacional diz que

os sistemas de ensino devem organizar as condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e à comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as necessidades educacionais de todos os alunos. A acessibilidade deve ser assegurada mediante a eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas, na edificação – incluindo instalações, equipamentos e mobiliários – e nos transportes escolares, bem como as barreiras nas comunicações e informações. (BRASIL, 2008, p.11)

⁵ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da saúde, a COVID 19 é um novo tipo de Coronavírus conhecido como SARS-Cov-2, identificado primeiramente na cidade de Wuhan na China e posteriormente alastrado pela Europa e para os outros continentes do mundo. Apresenta um aspecto clínico variado de infecções e quadros graves. Para reduzir a infecção de pessoa para pessoa foram tomadas algumas medidas de segurança entre elas o distanciamento social e em alguns serviços essenciais funcionaram de modo escalonado e com protocolos específicos.

Comentou-se que os professores mostram uma sensibilidade para com as pessoas com deficiência, pois, quando estão desenvolvendo o planejamento anual, procuram lembrar-se desses estudantes ao organizar anualmente uma semana de inclusão, com o objetivo de envolver toda a comunidade acadêmica. Nesta semana, as famílias dos estudantes com deficiência são convidadas a participar.

Existe uma certa relação com a Secretaria de Estado de Educação do DF, mas, vale destacar, que nestas atividades, só são convocados os professores que atuam como apoio aos alunos com deficiência e a coordenadora do AEE. Realizam-se reuniões, mas, estas são apenas informativas e não formativas. Segundo os professores de apoio, essas reuniões não possibilitam ações efetivas para mudar a realidade do atendimento aos alunos com deficiência no colégio.

PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO

Para que o trabalho pedagógico seja executado com êxito, um dos pontos principais é que o colégio tenha um Projeto Político Pedagógico – PPP, pois esse documento traz as orientações para que a missão da escola seja efetivada. Esta escola por sua vez construiu seu Projeto Político Pedagógico visando registrar suas ações e metas. Quanto a este, os professores do colégio afirmaram que não existe uma proposta de currículo própria da unidade escolar que tenha sido construída por todos os envolvidos no processo educativo e sim o que existe é um currículo-referência da Rede Estadual de Educação do Distrito Federal e que toda a equipe de educadores procura seguir esta proposta curricular, tendo a liberdade de produzir seus próprios materiais didáticos, agregar novos conteúdos, e, se for necessário, adaptar os conteúdos para a Educação Especial.

Reuniões de planejamento são imprescindíveis para que seja discutido como deve ser o ensino, que abordagem deve ser utilizada, como deve ser a avaliação, que adaptações o currículo deve ter e como deve ser o atendimento aos alunos com deficiência e aos alunos com transtornos funcionais específicos.

Nas falas dos professores desta instituição percebe-se que existe um planejamento somente para os alunos com deficiência e não há planejamento pedagógico para atender os alunos com transtornos funcionais específicos e os professores de apoio abordaram a dificuldade de terem acesso aos conteúdos que são ministrados pelos professores regentes com antecedência, e também de não terem acesso ao sistema (SIGE) da Secretaria de Educação onde se registram os planejamentos dos professores que atuam com estes alunos; isto os ajudaria a programar melhor as atividades em sala de aula. Segundo Hattge

Defendemos aqui que uma escola que se propõe a ser uma escola inclusiva deve repensar seus processos de gestão [...]. Essa escola que busca uma gestão da inclusão deve discutir seu projeto de escola, buscar a formação de seus profissionais e pensar a escola a partir de suas próprias demandas, embora saibamos que essas ações por si só não garantem a inclusão. Este processo de reconstrução do projeto e das práticas está diretamente vinculado aos processos de gestão da escola. (2010, p. 88)

Esta mesma autora destaca em seu texto quão importante é a função da gestão nesse processo de construção de uma escola com uma proposta inclusiva, pois poucas ações isoladas não garantem a inclusão, no entanto, se essa ação for

direcionada por uma reforma da gestão, há grande probabilidade de a escola se tornar inclusiva.

FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES

Para um professor, a formação é fundamental, pois é o que vai impulsionar a sua vida profissional. A formação de um professor percorre toda a sua trajetória acadêmica, pois, a graduação não é suficiente para dar ao docente tudo que necessita para desempenhar sua carreira de ensinar.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, do Ministério da Educação estabelecem as competências e o perfil que o professor deve ter para poder atuar com as pessoas com deficiência. Este documento diz

São considerados professores especializados em Educação Especial aqueles que desenvolveram competências para identificar as necessidades educacionais especiais, para definir, implementar, liderar e apoiar a implementação de estratégias de flexibilização, adaptação curricular, procedimentos didáticos, pedagógicos e práticas alternativas, adequados ao atendimento das mesmas, bem como trabalhar em equipe, assistindo o professor de classe comum nas práticas que são necessárias para promover a inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais. (BRASIL, 2001, p. 32).

Na atuação docente com a comunidade escolar, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) versa sobre a importância de uma formação continuada no sentido de preparar os docentes para essa tarefa desafiadora, dos recursos e serviços, das redes e das práticas de colaboração necessárias.

A Educação Especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas. (BRASIL, 2008, p.9).

A mesma Política Nacional de Educação Especial em seu texto orienta a amplitude da formação inicial e continuada para os professores, pois eles devem estar preparados para atuar não só no Atendimento Educacional Especializado ou nas classes comuns, mas, em diversos espaços numa perspectiva interdisciplinar, nesse sentido, a para atuar na educação especial

o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área. Essa formação possibilita a sua atuação no atendimento educacional especializado, aprofunda o caráter interativo e interdisciplinar da atuação nas salas comuns do ensino regular, nas salas de recursos, nos centros de atendimento educacional especializado, nos núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares, para a oferta dos serviços e recursos de Educação Especial. (BRASIL, 2008, p.11).

No entanto, na escola em questão, a realidade é bastante diferente do que a Política Nacional de Educação Especial orienta para que aconteça em todo território nacional. De acordo com o que os professores do colégio comentaram, até o momento

não houve sistematicamente uma formação continuada no sentido de prepará-los com antecedência para que pudessem atuar com os alunos com deficiência.

Segundo Silva, o educador precisa ter múltiplos saberes para prática educativa, pois a inclusão é uma tarefa muito complexa, com grandes desafios, que exige do professor um exaustivo esforço em busca de conhecimentos, para que possa ter capacidades para poder desenvolver a tarefa de ministrar saberes, a um público que demanda muita criatividade no exercício do ensino. A autora diz:

Inclusão é uma tarefa complexa, que exige do educador múltiplos saberes da prática educativa, principalmente porque pressupõe o respeito às diferenças existentes entre os educandos, independentemente de sua capacidade ou dificuldade, de sua origem socioeconômica ou cultural, em escolas e classes que se propõem a atender as necessidades individuais e coletivas dos mesmos. (SILVA, 2006, 149).

A falta de formação específica dos educadores do colégio em questão, é algo que chama a atenção em seus depoimentos. Os professores comentam que, após a matrícula, a secretaria não informa à coordenação que existe um novo aluno com deficiência; a coordenação, e esta por sua vez, não reúne os professores envolvidos nem discute formas de atender a essa demanda educacional. Esses comentários revelam o esforço que os professores empreendem na busca por saberes, pois, na falta de uma formação continuada, não ficam parados, mas, vão por conta própria, pelos meios disponíveis, à busca dos conhecimentos que poderão amenizar a situação.

Os professores comentaram que não existe uma metodologia específica para o atendimento ao público da Educação Especial, pois não recebem treinamento, ou curso. No entanto, procuram realizar atividades inclusivas, apesar de a escola não ter os equipamentos e os recursos para atender a esses alunos.

Apesar dessa situação no contexto do desenvolvimento do trabalho, observou-se que os docentes não estão acomodados aguardando que algo aconteça, eles demonstram que estão se esforçando para produzirem um trabalho com qualidade, apesar das limitações de recursos e da falta de formação: procuram conhecer a realidade do contexto onde os alunos estão inseridos, e, diante disto, adaptam os conteúdos à realidade cultural dos alunos, fazendo-os entender que podem fazer a diferença, agindo no sentido de melhorar a sua realidade. Nesse processo, os professores não se esquecem das famílias dos alunos com deficiências, envolvendo-as com o que está sendo trabalhado no âmbito escolar, assim como o poder público com a responsabilização pelo que está acontecendo no contexto dessa instituição; os governantes deveriam ser os primeiros a serem responsabilizados por tudo que está acontecendo nas escolas, principalmente pela implementação de políticas existentes de inclusão, bem como orientações aos profissionais de educação envolvidos no contexto escolar, pois vivemos em uma nação onde o povo paga os impostos com o objetivo de ver o retorno desses impostos no suprimento de suas necessidades básicas. Sem dúvida, uma delas é a Educação.

RELAÇÃO PROFESSOR E ALUNO

Em todo processo educacional com pessoas com deficiência, o papel do professor é fundamental. A Política Nacional de Educação Especial (PNEE 2008) orienta que o atendimento educacional especializado deve iniciar de forma precoce, isto quer dizer, desde a educação infantil, com destaque para a relevância do lúdico,

a importância dos estímulos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais - isto só poderá acontecer com um professor que desenvolva um relacionamento proveitoso e que tenha um adequado conhecimento. A Política Nacional orienta que:

O acesso à educação tem início na educação infantil, na qual se desenvolvem as bases necessárias para a construção do conhecimento e desenvolvimento global do aluno. Nessa etapa, o lúdico, o acesso às formas diferenciadas de comunicação, a riqueza de estímulos nos aspectos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais e a convivência com as diferenças favorecem as relações interpessoais, o respeito e a valorização da criança. Do nascimento aos três anos, o atendimento educacional especializado se expressa por meio de serviços de estimulação precoce, que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social. Em todas as etapas e modalidades da educação básica, o atendimento educacional especializado é organizado para apoiar o desenvolvimento dos alunos, constituindo oferta obrigatória dos sistemas de ensino. Deve ser realizado no turno inverso ao da classe comum, na própria escola ou centro especializado que realize esse serviço educacional. (BRASIL, 2008, p. 10).

De fato, a relação professor-aluno é muito importante para que o processo de ensino-aprendizagem aconteça o mais proveitosamente possível e o discente se sinta confortável em aprender.

Durante as entrevistas realizadas, percebeu-se que os professores são admirados pelos alunos, e que os alunos procuram orientações dos professores segundo a fala dos entrevistados e a relação professor-aluno é muito amistosa; os professores procuram acompanhar os alunos respeitando as suas diferenças e respeitando o ritmo de aprendizagem dos mesmos. Os professores comentaram que procuram ajudar os alunos com deficiências também nas atividades pedagógicas fazendo atividades adaptadas e produzindo vários materiais didáticos com o objetivo de facilitar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos com deficiência.

As autoras Lima e Lima, apresentam algumas dicas fundamentais para docentes atuantes na educação especial ao observar que

Só será no contato com o outro, com o afeto do ensinar que a educação se dará completa e inclusivamente. Será só na vivência de sala de aula que o professor sentirá a necessidade de buscar, dentro de seus recursos internos e do conhecimento da disciplina que ensina as ferramentas para lidar com as dificuldades que tem à frente. (2009, p. 105)

Se já é um grande desafio lidar com os alunos que muitas vezes apresentam problemas, indisciplina, agressividade, o desafio de ensinar se torna muito maior quando são pessoas com deficiência, pois requerem do professor uma sensibilidade e dedicação especial. Como as autoras comentam, é por meio da vivência e do relacionamento com o outro que ocorrerá a inclusão verdadeira.

Esta inclusão, no âmbito da prática docente, necessita vir atrelada com um diferente posicionamento do professor, no qual este esteja em uma posição mais horizontal em relação às ações com os estudantes, permitindo, assim, que estes possam ser protagonistas dos processos de ensino e de aprendizagem. Nessa perspectiva, Mantoan (2017, p. 32) ressalta que “é o aluno que introduz a cunha da diferença ao ensino e à aprendizagem, trazendo para a sala de aula mudanças substanciais, que atingem o papel do professor”, permitindo que todos os estudantes possam aprender com as diferenças e com as potencialidades advindas desta diferença.

ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

O Atendimento Educacional Especializado AEE, tem um papel muito importante para o sucesso educacional das pessoas com deficiência. Segundo a Política Nacional em destaque, esse atendimento deve estar definido na proposta pedagógica da escola e estar articulado com outras políticas públicas.

O atendimento educacional especializado deve integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da Educação Especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas. (BRASIL, 2008, p. 9)

Essa mesma Política Nacional orienta que o Atendimento Educacional Especializado deve produzir materiais que possam ajudar a eliminar as barreiras que existam dentro da escola, para que a pessoa com deficiência possa ter acessibilidade plena. A Política Nacional diz:

O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. As atividades desenvolvidas no atendimento educacional especializado diferenciam-se daquelas realizadas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. (BRASIL, 2008, p. 10).

A Política Nacional no seu texto pressupõe que o Atendimento Educacional Especializado deve fornecer programas com o objetivo de enriquecer o currículo escolar, trazer o ensino de linguagens e códigos específicos de comunicação e tecnologias assistivas. Na escola observada, todos estes serviços são vistos minimamente ou inexistentes. Nesse sentido, o documento orienta que é preciso desenvolver programas de enriquecimento do currículo e das linguagens.

Percebeu-se que na Sala do Atendimento Educacional Especializado a professora responsável marca os atendimentos e a professora regente procura informar quais foram os conteúdos trabalhados na sala de aula comum; em seguida, a professora de apoio procura saber o que o aluno aprendeu ou não, e, procura reforçar os conteúdos que o aluno não conseguiu absorver.

Os professores regentes relataram que procuram colaborar com as professoras do apoio na sua tarefa de acompanhar os alunos com deficiências.

Como dito, nas salas de aula que têm alunos com deficiência, além do professor regente da turma, o colégio adotou a professora de apoio, no entanto, a professora de apoio não fica todo o tempo numa sala só, atendendo a um só aluno, mas, fica circulando, atendendo a diversos alunos. A professora de apoio atua principalmente com os alunos que não sabem ler, com os que não sabem escrever, e colaboram na confecção dos trabalhos pedagógicos de um modo geral, bem como em outras necessidades que porventura possam surgir no decorrer da aula.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade ora apresentada retrata a realidade de inúmeras escolas brasileiras, não obstante é possível perceber que as efetivações das Políticas Públicas de Inclusão esbarram na falta de recursos, na infraestrutura e na dificuldade em relação à oferta de formação continuada para atuação com essa população.

No contexto apresentado, trata-se de uma escola que, embora busque trabalhar a singularidade, contribui ainda para a manutenção da exclusão dentro de seus muros, visto que existem no ambiente escolar vários fatores que levam à exclusão: a infraestrutura precária, a falta de acessibilidade adequada, a falta de formação continuada de professores, as metodologias descontextualizadas, a baixa participação dos pais no contexto escolar, dentre outros. Isso ocorre devido à forma como foi inserida a questão da inclusão: sem formação adequada de professores e sem o acompanhamento pedagógico devido que é uma responsabilidade da escola.

Compreendendo a escola inclusiva como a escola que possibilita a multiplicidade, a pluralidade e a diversidade priorizando uma relação humana, mas sobretudo uma implementação de políticas nacionais para a sua potencialidade plena, que nas palavras de Henriques “a escola inclusiva garante “ a qualidade de ensino a cada um de seus alunos, reconhecendo e respeitando a diversidade” (2012, p. 09).

Por outro lado, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) é uma política que aponta caminhos, no entanto, estes nem sempre são aceitos por todos os professores, e, com a ausência da formação continuada, dos recursos e serviços, mais difícil se torna o atingimento de metas, pois fica a dever o suporte para o alcance dos objetivos que aponta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:

Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva/2008**. Brasília: SEESP/MEC, 2008.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

_____. **Lei nº 13.005**, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm

BORGES, Adriana Costa. et al. **Reflexões sobre a Inclusão, a Diversidade, o Currículo e a Formação de Professores**. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT01-2013/AT01-040.pdf>, acesso em 05/09/2020.

HATTGE, Morgana Domênica. A gestão da inclusão na escola e a formação continuada de professores. In. KLEIN, Rejane Ramos; HATTGE, Morgana Domênica. (Orgs). **Inclusão Escolar: implicações para o currículo**. São Paulo: Paulinas, 2010.

HENRIQUES, R. M. **O Currículo Adaptado na Inclusão de Deficiente Intelectual**. Disponível em: www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/489-4.pdf

LIMA, Francisco José de; LIMA, Rosângela A. F. A educação inclusiva de faz, fazendo: dicas para professores. In. MARTINS, Lucia de Araújo Ramos; SILVA, Lucia Guacira dos Santos. (Orgs). **Múltiplos Olhares sobre a Inclusão**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2009.

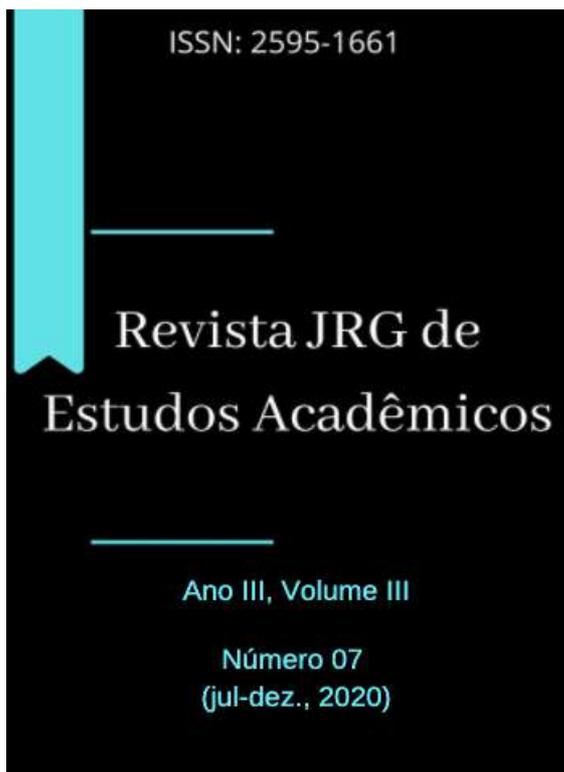
MANTOAN, M. Diferenciar para incluir ou para excluir? Por uma pedagogia da diferença. In: LUSTOSA, F.; MARIANA, F. **Diversidade, diferença e deficiência: análise histórica e narrativas cinematográficas**. Fortaleza: Edições UFC, 2017. p.25-34.

MANTOAN, M. **Inclusão escolar: O que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Editora Moderna, 2006.

OBSERVATÓRIO DO PNE. **Metas do PNE**. Disponível em: <http://www.observatoriodopne.org.br/metas-pne>

SAVIANI, D. Sistema Nacional de Educação articulado ao Plano Nacional de Educação. In. **Revista Brasileira de Educação** v.15 n° 44 p. 380 – 412 maio/ago. 2010.

SILVA, Luzia Guacira dos Santos. Estratégias de ensino utilizadas, também, com aluno cego, em classe regular. In. MARTINS, Lúcia de Araujo Ramos. et al. (Orgs). **Inclusão: compartilhando saberes**. Petrópolis: Vozes, 2006.



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: 25/10/2020

Data de reformulação: 01/11/2020

Data do aceite: 17/11/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4278043>

Publicado: 2020-11-17

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM COINFEÇÃO TB-HIV E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH TB-HIV COINFECTION AND NURSING CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

*Isabella Reis Candido da Silva¹
Marco Aurélio Ninomia Passos²*

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico de pacientes coinfetados com TB-HIV, a fim de estabelecer estratégias para a promoção, prevenção e tratamento, voltadas a esta população, adaptando-as ao ambiente em que vive. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no período de 2016 a 2020, através de levantamento de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME), *Scientific Eletronic Library Online (Scielo)* e PubMed, além de Manuais do Ministério da Saúde. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos científicos, esses abordaram assuntos que posteriormente foram separados e organizados por categoria, onde foi consolidado o conhecimento publicado através dos mesmos acerca do tema proposto, interligando-os sintaticamente a

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5658-9745>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5426943416587972>. E-mail: isabellareis52@gmail.com.

² Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Católica de Brasília (2006), mestrado em Ciências Genômicas e Biotecnologia pela Universidade Católica de Brasília (2009). Doutor em Biologia Molecular pela Universidade de Brasília (2014). Bolsista de mestrado e doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

fim de obter um conjunto de informações e conclusões dos autores escolhidos. **Conclusão:** O desenvolvimento da coinfeção TB/HIV é influenciado pelas condições sociais, culturais e econômicas em que vivem as pessoas.

Palavras-chave: Perfil clínico. Coinfeção. Tuberculose. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical profile of patients co-infected with TB-HIV, in order to establish promotion, prevention and treatment strategies aimed at this population, adapting them to the environment in which they live. **Methods:** This is an integrative literature review, from 2016 to 2020, through electronic data collection at the Virtual Health Library (VHL - BIREME), Scientific Electronic Library Online (Scielo) and PubMed, in addition to Manuals Ministry of Health. **Results:** 14 scientific articles were selected, these addressed subjects that were later separated and organized by category, where the knowledge published through them about the proposed theme was consolidated, syntactically linking them in order to obtain a set of information and conclusions from the authors selected. **Conclusion:** The development of TB / HIV co-infection is influenced by the social, cultural and economic conditions in which people live.

Keywords: Clinical profile. Coinfection. Tuberculosis. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil clínico de los pacientes coinfectados por TB-VIH, con el fin de establecer estrategias de promoción, prevención y tratamiento dirigidas a esta población, adaptándolas al entorno en el que viven. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, en el período de 2016 a 2020, mediante la recolección de datos electrónicos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS - BIREME), Biblioteca Científica Electrónica en Línea (Scielo) y PubMed, además de Ministerio de Salud. **Resultados:** Se seleccionaron 14 artículos científicos, estos abordaron temas que luego fueron separados y organizados por categoría, donde se consolidó el conocimiento publicado a través de ellos sobre el tema propuesto, vinculándolos sintácticamente con el fin de obtener un conjunto de información y conclusiones de los autores seleccionados. **Conclusión:** El desarrollo de la coinfección TB / VIH está influenciado por las condiciones sociales, culturales y económicas en las que vive la gente.

Palabras clave: Perfil clínico. Coinfección. Tuberculosis. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, causada pelo Mycobacterium tuberculosis, ou bacilo de Koch (BK).¹ A transmissão ocorre de pessoa para pessoa, por meio da inalação de aerossóis contendo o bacilífero, expelido por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar.¹ A TB é tida como uma das principais comorbidades associadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), favorece o surgimento de formas clínicas mais

graves da doença, maior frequência de internação, maior taxa de abandono ao tratamento e óbito, sendo então, considerada um problema de saúde pública. A infecção pelo HIV é um grande fator de risco para TB, pois as pessoas que vivem com HIV-AIDS (PVHA) estão 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral.²

Quando há coinfeção TB-HIV, ocorrem modificações mútuas na evolução de ambas infecções, acelerando o agravamento das funções imunológicas, levando a complicações do quadro clínico, respostas diferentes às terapias medicamentosas e prognósticos desfavoráveis. A baixa contagem de linfócitos CD4 aumenta a probabilidade de desenvolver outras doenças oportunistas e apresentações atípicas da TB, ocorrendo com mais frequência em fases avançadas de imunodeficiência e podem dificultar o diagnóstico e retardar o tratamento de TB.²

Há a necessidade de trabalhar em conjunto o Programa de Controle da Tuberculose e o Programa de IST/AIDS e hepatites virais, garantir a expansão do tratamento supervisionado na atenção básica, ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social voltadas à promoção e prevenção de saúde, estabelecendo como prioridade a redução da carga das doenças, a elaboração de estratégias visando a detecção precoce, bem como o tratamento e acompanhamento adequado e oportuno dos casos.⁴

Atualmente, são estimados por ano, cerca de 10 milhões de novos casos e 1,57 milhão de mortes por TB. Entre as pessoas infectadas pelo HIV, uma média de 900 mil novos diagnósticos e 300 mil óbitos são registrados a cada ano. O Brasil está entre os 22 países que, juntos, concentram 80% dos casos de TB no mundo. No país, são notificados aproximadamente 67 mil casos novos e ocorrem 4,5 mil mortes anuais em decorrência de TB. Em pacientes soropositivos para o HIV esses mesmos indicadores são crescentes e vem se apresentando de forma desigual.⁵

A assistência à PVHA, com enfoque no controle da TB, implica em planos de cuidados que seja pró-ativo, integral e contínuo, com práticas interdisciplinares que visem as relações e condições de vida em determinado território em situação de vulnerabilidade social, possibilitando um melhor planejamento, prevenção e diagnóstico, com ações e serviços de saúde voltadas a essa população.⁶

A adesão ao tratamento da TB e do HIV é de grande importância para o controle das infecções. Mesmo sendo consideradas infecções crônicas, o tratamento da tuberculose tem duração de seis a nove meses, dependendo do tipo de TB, enquanto que o tratamento do HIV perdura por toda a vida.⁷

Para reduzir o risco de desenvolvimento de TB em pessoas vivendo com HIV, além do diagnóstico precoce, é preconizada a Terapia Antirretroviral (TARV) para o tratamento do HIV, e o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) com isoniazida, quando as PVHA apresentarem prova tuberculínica maior ou igual a 5mm, ou nos casos de contato de paciente com TB bacilífera. O uso adequado da TARV reduz significativamente o risco de desenvolvimento de TB em 65%, independentemente da contagem de linfócitos CD4.⁸

Aproximadamente um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou seja, com a infecção latente da tuberculose (ILT), o que não significa que todos adoecerão com a forma ativa, senão que

constituem reservatórios do bacilo que podem ser reativados sob condições de resposta imunológica deficiente, como em PVHA.⁹

Visto que há a necessidade de se conhecer o perfil da população mais vulnerável a esta morbidade, para então, propor, planejar e implementar medidas de controle/prevenção e práticas voltadas a essa população, esta pesquisa torna-se importante a fim de promover o diagnóstico precoce, evitar complicações do quadro clínico, prognósticos desfavoráveis, garantir o tratamento adequado e reduzir a taxa de mortalidade por ambas infecções.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes coinfetados com TB-HIV, demonstrando o quanto os indicadores sociais, culturais e econômicos influenciam, apresentando os principais cuidados de enfermagem.

MÉTODOS

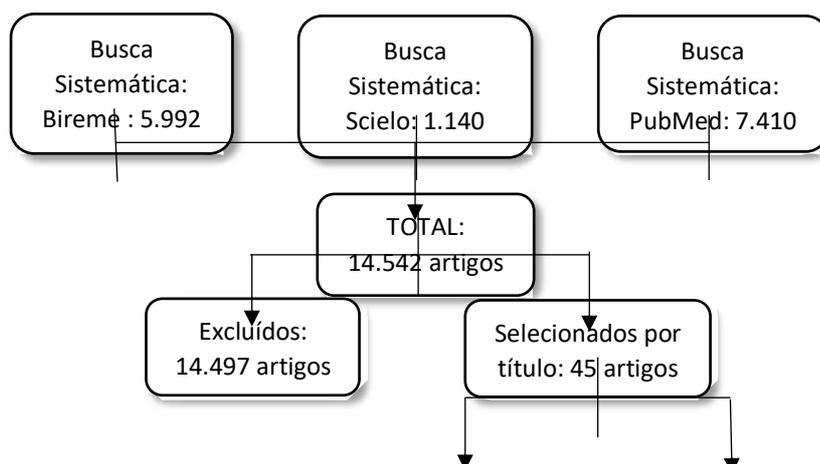
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem descritiva e exploratória que buscou reunir e sintetizar os resultados encontrados em pesquisas relevantes, com a finalidade de aprofundar o conhecimento do tema proposto a partir de estudos anteriores.

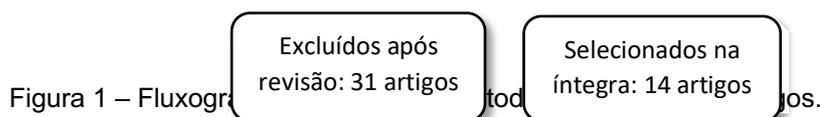
A seleção dos artigos, foi realizada através de levantamento de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – BIREME, Scientific Electronic Library Online – Scielo e PubMed. A busca foi feita pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Perfil clínico”, “Coinfecção”, “Tuberculose”, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”, “Enfermagem”. A seleção dos descritores utilizados, foi mediante consulta ao DECS e MeSH.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos científicos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2016 a 2020 e como critério de exclusão, retirou-se todos os artigos que não se encaixavam nos critérios citados anteriormente.

Também foi utilizado o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - Ministério da Saúde, 2019; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - Ministério da Saúde, 2018 e Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS - Ministério da Saúde, 2013.

A Figura 1 mostra o fluxograma referente aos critérios de inclusão e exclusão, como estratégia de busca de artigos na base de dados. Onde foram encontrados cerca de 14.542 artigos sobre o assunto, excluídos 14.497 por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Sobraram 45 artigos, que após revisão dos mesmos, selecionou-se 14 artigos para o estudo.





Resultados

Na tabela 1 estão descritas informações gerais dos artigos incluídos nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados. Foram organizados de acordo com título, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o título, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

	Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 1	Perfil sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática	Conhecer como se apresenta o perfil epidemiológico da coinfeção tuberculose/HIV no cenário brasileiro.	Revisão sistemática realizada por meio de busca eletrônica em bancos de dados.	O perfil sociodemográfico e epidemiológico de pessoas que apresentam a coinfeção TB/HIV possui um padrão de ocorrência esperado, que corrobora com achados da literatura, seja em nível nacional ou por agrupamento dos estudos por região ou estado.	2018
Artigo 2	Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção	Analisar os aspectos associados ao desfecho dos casos de tuberculose em pessoas que vivem com HIV.	Estudo transversal, realizado entre 2010 e 2014 em um município no interior do estado de São Paulo. Utilizou-se dados secundários coletados no sistema de informação TBWEB, SINAN, SISCEL e SICLOM.	Reforça-se a necessidade de integração entre os programas de controle de tuberculose e de HIV/aids e os demais serviços das redes de atenção à saúde e rede de apoio social para a oferta de ações e serviços, visando a obtenção de desfechos favoráveis da TB em pessoas vivendo com HIV.	2019
Artigo 3	Coinfeção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS – invisibilidade e silenciamento dos gripes mais afetados	Analisar como o pertencimento a certos grupos sociais contribui para a construção das vulnerabilidades associadas ao adoecimento pela coinfeção tuberculose/HIV/aids.	Pesquisa qualitativa realizada em Porto Alegre-RS, em regiões de alta vulnerabilidade social. Foram entrevistadas 20 pessoas coinfectadas em serviços especializados em saúde.	Quanto mais efetivas forem as estratégias para legitimar as vozes e compreender as necessidades das pessoas afetadas pela coinfeção, maiores serão as chances de êxito para o problema.	2019
Artigo 4	Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose com coinfeção HIV em Porto Alegre, Brasil	Descrever e comparar o perfil epidemiológico dos casos de coinfeção por tuberculose e HIV.	Coorte retrospectivo, com dados de sistemas nacionais de informação em saúde.	Variáveis socioeconômicas e de realização do tratamento influenciam a ocorrência da coinfeção em diferentes áreas de Porto Alegre, reforçando que a soma de diferentes fatores explica os indicadores da doença.	2017

Artigo 5	Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS	Analisar a oferta das ações e serviços de saúde para o controle da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento pelos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/aids.	Estudo quantitativo, exploratório, do tipo inquérito.	Faz-se necessário a implementação de estratégias que favoreçam ações compartilhadas entre os programas de tuberculose e HIV/aids e entre os diferentes serviços objetivando um cuidado singular, integral e resolutivo.	2016
Artigo 6	Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose	Avaliar os níveis de adesão à terapia antirretroviral em coinfectados pelo HIV/tuberculose e correlacionar esses níveis com as variáveis sociodemográficas e clínicas da população em estudo.	Estudo transversal, com 74 pessoas adultas, de ambos os sexos, coinfectadas por HIV/tuberculose.	Os coinfectados apresentaram adesão inadequada aos antirretrovirais, fato que afeta negativamente as condições de saúde das pessoas com a coinfeção. Há correlação entre estatisticamente significativa entre os níveis de adesão e algumas características sociodemográficas e clínicas.	2016
Artigo 7	Prevalência da coinfeção HIV/TB em pacientes de um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro	Estimar a prevalência de coinfeção HIV/TB em pacientes submetidos a tratamento TBMR em um hospital do Rio de Janeiro.	Estudo transversal, composto por 40 pacientes em tratamento para TBMR, no período de março a dezembro de 2016.	As drogas que apresentaram-se mais resistentes neste grupo foram rifampicina, isoniazida e estreptomomicina.	2019

(Continua)

	Título	Objetivo	Método	Conclusão	Ano
Artigo 8	Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil	Levantar a prevalência de infecção latente por tuberculose (ILTb) entre pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), fatores associados e se houve progressão para tuberculose ativa nos casos identificados.	Estudo epidemiológico e descritivo. População composta por PVHA, atendidas entre 2003 e 2014 em um centro de referência para HIV/AIDS. Dados coletados com base em prontuários e fichas do SINAN.	Demonstrou-se aspectos cruciais no que tange ao manejo de PVHA e a importância da detecção da ILTB e a instituição precoce da isoniazida, visando a melhor qualidade de vida e prognóstico das PVHA.	2017
Artigo 9	Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em pacientes com HIV/aids	Avaliar aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em indivíduos HIV+ no estado de Alagoas.	Estudo transversal e retrospectivo que analisou as notificações de coinfeção TB-HIV no período de 2001 a 2016 no estado de Alagoas, Brasil.	Os resultados evidenciam a relevância epidemiológica da tuberculose como uma comorbidade de grande impacto na saúde dos indivíduos soropositivos para o HIV+ no âmbito estadual.	2019

Artigo 11 Artigo 10	Tuberculose latente entre pessoas com HIV/AIDS	Buscar evidências sobre o uso da terapia preventiva com isoniazida na redução do risco da tuberculose ativa entre PVHA, mediante os resultados dos ensaios de liberação do interferon-gama (IGRA).	Estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa com busca ativa de artigos nas bases de dados publicados de 2010 a 2017.	Destaca-se a necessidade de investir em mais estudos e em mais estratégias que impactem o controle da coinfecção TB/HIV.	201 8
Artigo 12	Fatores associados à coinfecção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012	Estimar a prevalência da coinfecção TB/HIV, avaliar a notificação dos dois agravos de maneira temporal e buscar fatores associados às notificações de AIDS e TB.	Busca em bases de dados e Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	O grupo de PVHA com posterior diagnóstico de TB foi o mais representativo, apesar das medidas preventivas disponíveis.	201 5
Artigo 13	Fatores associados à hospitalização por tuberculose em pacientes com HIV/AIDS da coorte do INI Evandro Chagas	Descrever a prevalência de hospitalização por tuberculose em PVHA na coorte do INI Evandro Chagas nos anos 2000 – 2013.	Estudo transversal retrospectivo, baseado em dados de pacientes ambulatoriais de pacientes internados da coorte clínica do INI.	A hospitalização por TB é um importante indicador da coinfecção TB/HIV e foi associada a alta mortalidade hospitalar.	201 7
Artigo 14	Qualidade e gestão da atenção à coinfecção tuberculose e HIV no estado de São Paulo	Analisar a qualidade e gestão da atenção à coinfecção tuberculose e HIV no estado de São Paulo	Estudo descritivo, realizado com municípios de residência de pelo menos cinco casos de coinfecção tuberculose e HIV no estado de São Paulo, notificados no sistema de notificações de tuberculose.	Evidencia as características definidoras da qualidade da atenção e gerenciamento da coinfecção tuberculose e HIV. Mostra a necessidade de reorganização da assistência e do gerenciamento das ações que envolvam o controle e prevenção. Intervenção implementada não conseguiu melhorar os resultados dos. Estratégias eficazes são necessárias para alcançar uma melhor integração dos serviços de TB / HIV e melhorar os resultados de TB e HIV nas clínicas de atenção primária.	201 9
	An intervention to optimise the delivery of integrated tuberculosis and HIV services at primary care clinics: results of the MERGE cluster randomised trial	Avaliar o efeito de uma intervenção para otimizar a integração TB / HIV nos resultados dos pacientes.	Estudo de controle randomizado de cluster em 18 clínicas de atenção primária na África do Sul.		201 7

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes coinfecados com TB-HIV, demonstrando o quanto os indicadores sociais, culturais e econômicos influenciam, apresentando os principais cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da coinfecção TB/HIV é influenciado pelas condições sociais, culturais e econômicas em que vivem as pessoas.

A prevalência de coinfecção TB/HIV em pessoas do sexo masculino, justifica-se pelas características comportamentais, como a maior exposição à doença, menor procura e utilização dos serviços de saúde e maior dificuldade de adesão ao tratamento.² A faixa etária predominante foi de 30 a 49 anos, idade economicamente ativa.²

Os indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior chance de abandonar o tratamento, pois tendem a ter dificuldades na percepção de risco e necessidade de completude do tratamento em decorrência do pouco acesso à informação e ao conhecimento, levando ao baixo consumo das ações e serviços de saúde. Considera-se que a maioria dos casos de coinfecção, também ocorram em pessoas negras, que vivem em situação de rua ou prisional, etilistas, tabagistas e que fazem uso de drogas. Destaca-se também, que a forma clínica pulmonar da TB foi a mais recorrente.²

As taxas de cura entre as pessoas com coinfecção TB/HIV são menores do que em pessoas com apenas TB, devido ao uso de vários medicamentos, aos efeitos adversos e ao despreparo dos serviços em lidar com ambas enfermidades e suas consequências na vida das pessoas.³ O apoio familiar e a

relação do profissional de saúde com o paciente devem ser valorizados, a fim de garantir a adesão ao tratamento de ambas infecções e a avaliação constante e escuta ativa e qualificada, buscando assimilar as dificuldades de cada sujeito para a adesão e manutenção do tratamento, de modo a desvelar as especificidades sociais dos grupos mais afetados pela coinfeção TB-HIV.³

Destaca-se a importância do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde em conhecerem o perfil dos casos de coinfeção, para então, propor, planejar e implementar medidas de controle/prevenção. O enfermeiro realiza o cuidado ao paciente coinfectado, participa de forma ativa dos diagnósticos, do acompanhamento e da vigilância dos casos de tuberculose e HIV, sendo um dos responsáveis pela indicação do TDO.⁴

A multirresistência a tuberculínicos (TBMR) pode agravar ainda mais o quadro do paciente com HIV/AIDS, pois é necessário alterar o esquema da TARV, devido às interações medicamentosas e suas reações adversas. Como estratégia, indica-se o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para os pacientes com TBMR em tratamento na Estratégia Saúde da Família.⁵

A associação entre a baixa contagem de linfócitos CD4 confere maior probabilidade de desenvolver outras doenças oportunistas e apresentações atípicas da TB, frequentes em fases avançadas de imunodeficiência humana e podem dificultar o diagnóstico e retardar o tratamento de TB.⁶

Um aspecto que pode influenciar muito na conduta profissional, é o fato dos sinais e sintomas não serem específicos em indivíduos com HIV. O diagnóstico é dificultado por apresentar achados radiográficos atípicos, BK e cultura de escarro negativos e maior índice de TB extrapulmonar.⁶

São ações e serviços de saúde para prevenção de TB em PVHA: detecção precoce, oferta de exames de sangue (CD4 e carga viral), solicitação de Raio X, oferta de prova tuberculínica (PT), solicitação de baciloscopia de escarro (BK) positiva indicando TB em fase ativa, disponibilização de máscara facial, oferta de medicamentos, questionamentos sobre a existência de sintomas de TB como: tosse, febre, emagrecimento e sudorese noturna, além de orientações quanto ao estado imunológico, doenças oportunistas, uso correto da TARV, formas de transmissão da TB, cuidados com o ambiente para evitar o adoecimento e transmissão de TB e ações que visem a redução do uso de álcool e drogas.⁷

A estratégia para redução do desfecho desfavorável nos casos dos coinfectados pela TB/HIV é realizar a TARV o mais precoce possível. O uso regular da TARV é um importante fator de proteção contra o desenvolvimento de TB em PVHA, pois reduz o risco de desenvolver TB em até 65%, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+.⁹

Para reduzir o risco de desenvolvimento de TB em pessoas vivendo com HIV, é preconizado o diagnóstico precoce de HIV, a avaliação imediata de TB ativa, a utilização de antirretrovirais para o tratamento de HIV e a avaliação de ILTB, para que o tratamento da ILTB com isoniazida (quando PVHA apresentarem prova tuberculínica maior ou igual a 5mm, com cicatriz compatível com TB na radiografia de tórax e sem história de tratamento anterior, ou mesmo em casos de contatos com pacientes com TB bacilífera), possa reduzir a morbimortalidade pela associação das duas doenças.^{10, 11, 12}

Tanto o tratamento de TB, quanto de HIV são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As recomendações de tratamento para PVHA seguem as mesmas regras dos indivíduos não infectados pelo HIV, sendo o esquema

preferencial composto por: 2 meses de RHZE (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol) - fase intensiva + 4 meses de RH (Rifampicina + Isoniazida) - fase de manutenção, (em casos de meningoencefalite por TB, a fase RH deve ser feita por 07 meses).^{12, 13, 14, 15}

No Brasil, o esquema TARV de primeira escolha é composto por tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFV), concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança do EFV para dolutegravir (DTG).^{12, 13, 14, 15}

Em indivíduos coinfectados que apresentem sinais de gravidade (CD4 < 100 células/mm³ e/ou presença de outra infecção oportunista e/ou necessidade de hospitalização/ doença grave, e/ou TB disseminada) devem receber um esquema composto por TDF + 3TC + raltegravir (RAL), concluído, deverá ser feita a mudança do RAL para DTG em até 3 meses. Ressalta-se que não se recomenda o início concomitante do tratamento para ambos os agravos.^{13, 14, 15}

Conclusão

Os grupos mais vulneráveis à coinfeção TB-HIV, são aqueles que possuem condições e situações de vida precárias, indivíduos do sexo masculino, com idade entre 30 e 49 anos, negros, de baixa escolaridade, que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas, moradores de rua, pessoas com histórico de abandono de tratamento medicamentoso e multi-droga-resistência a tuberculose (MDR).

Portanto, é necessária uma ação compartilhada entre o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) e o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/Aids e Hepatites Virais, de forma a estabelecer prioridades e redução da carga de ambas doenças, estratégias com vista na detecção precoce, tratamento e acompanhamento apropriado.¹⁶

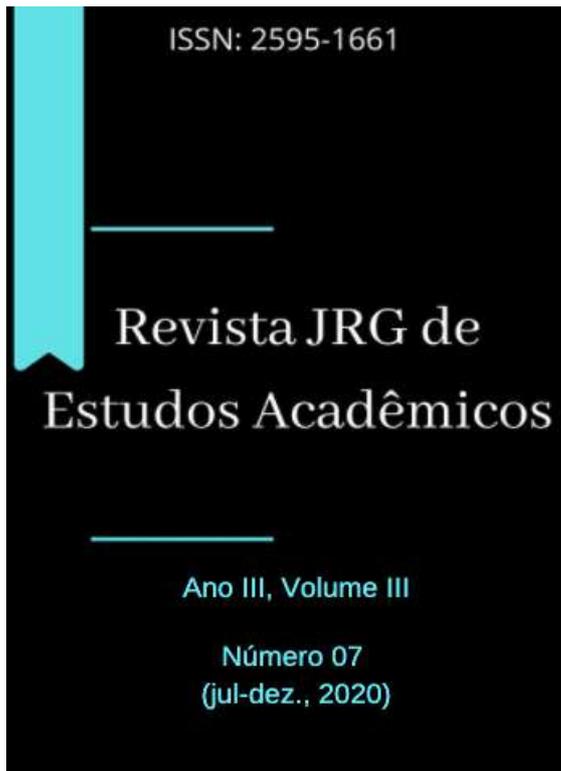
Outras estratégias alternativas para alcançar a integração dos cuidados de TB e HIV são: o fortalecimento da testagem para o HIV, a ligação aos cuidados de HIV com contagens mais elevadas de CD4, ampliando as intervenções que promovam seu aumento e terapia preventiva com isoniazida para prevenir a TB entre indivíduos HIV positivos.¹⁷

REFERÊNCIAS

1. Honda BS, Mônica T, Hugo F, Tânia MRMF, Nichiata Lúcia NYI, Paula H. Perfil Sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 May 06];72(5):1389-1396. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000501389&lng=en.EpubSep16,2019.
2. Tavares MG, Paula Laine AR, Tiemi A, Aparecida MA, Scatena VTC. Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. Acta paul. enferm. [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 May 06];32(5): 554-563. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002019000500013&lng=en.EpubOct10,2019.
3. Maíra R, Rosana M, Maria Famer RC, Correa ODLL, Laura S. Coinfeção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2020 May

- 06];40:e20180033. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100412&lng=en. Epub June 10, 2019.
4. Maíra R, Maria BE, Veronice HG, Correa ODLL, Barcellos TL. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose com coinfeção HIV em Porto Alegre, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 May 06] ; 72(5): 1211-1218. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501211&lng=en. Epub Sep 16, 2019.
 5. Tavares MG, Maria LL, Laine de Paula AR, Firmino BME, Aparecida MA, Scatena VTC. Tuberculosis control in people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 06] ; 24: e2798. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920160100410&lng=en. Epub Sep 09, 2016.
 6. Araújo LL, Teles FML, Karina RR, Carvalho FA, Elucir G, Gimenez GMT. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 06]; 24: e2691. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100324&lng=en. Epub May 17, 2016.
 7. Ferreira DP, Souza FA, Motta MCS. Prevalência da coinfeção HIV/TB em pacientes de um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online); 11(2, n. esp): 358-362, jan. 2019. | LILACS, BDEF - Enfermagem | ID: biblio-969295.
 8. Santos DT, Garcia MC, Costa AANF, Meneguetti PF, Pereira MDA, Ribeiro ASP et al. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 06];33(8):e00050916. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000805008&lng=en. Epub Aug 21, 2017.
 9. Santos Júnior CJ, Rocha, TJM, Soares VL. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em pacientes com HIV/aids / Clinical and epidemiological aspects of tuberculosis in patients with HIV/aids. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 52(3) jul.-set. 2019. | LILACS | ID: biblio-1025721.
 10. Souza JMO, Ipolito MZ, Duarte TTP, Nakashoji SR, Magro MCS. Tuberculose latente entre pessoas com HIV/AIDS. *Rev. enferm. UFPE on line*; 12(9): 2451-2458, set. 2018. ilus, graf, tab | BDEF - Enfermagem | ID: biblio-995923.
 11. Silva ME, Saraceni V, Souza AB, Silva MR, Saraiva MGG, Bühner-Sékula S. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 May 06];33(5): e00019315. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505006&lng=en. Epub June 12, 2017.
 12. Oliveira, PPC. Fatores associados à hospitalização por tuberculose em pacientes com HIV. 2017. 51f. Dissertação (Mestrado em pesquisa clínica em doenças infecciosas) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.28 p.: il.ISBN: 978-85-334-1995-7.

14. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.: il. ISBN 978-85-334-2696-2.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p.: il. ISBN 978-85-334-2640-5.
16. Campoy LT, Tiemi A, Laine de Paula AR, Ruffino-Netto A, Aparecida MA, Arcêncio RA. Qualidade e gestão da atenção à coinfeção tuberculose e hiv no estado de são paulo. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2019 [cited 2020 May 06]; 28: e20180166. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100354&lng=en. Epub July 29, 2019.
17. Kufa T, Fielding KL, Hippner P, et al. An intervention to optimise the delivery of integrated tuberculosis and HIV services at primary care clinics: results of the MERGE cluster randomised trial. *Contemp Clin Trials*. 2018;72:43-52.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **24/09/2020**

Data de reformulação: **25/10/2020**

Data do aceite: **18/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4279680>

Publicado: **2020-11-18**

**A TERAPIA REIKI E OUTRAS TERAPIAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES
NO TRATAMENTO DE ENFERMIDADES**

*REIKI THERAPY AND OTHER COMPLEMENTARY INTEGRATIVE THERAPIES IN
THE TREATMENT OF DISEASES*

Emilena Aparecida Brodai Corrêa¹

Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo²

Mariana Idnês de Oliveira Interaminense Mendes³

Resumo

Dentre as terapias integrativas mais utilizadas, destaca-se o reiki, que se trata de uma terapia oriental caracterizada pela imposição das mãos sobre os indivíduos em pontos específicos com a finalidade de restaurar o equilíbrio físico, mental e espiritual. Objetivo: Este estudo tem como objetivo compilar dados recentes a respeito dos benefícios das terapias integrativas complementares, com enfoque no reiki através de uma revisão da literatura. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada a partir da busca e seleção de artigos nas bases de dados das plataformas BDENF, LILACS e SciELO, a partir das palavras-chave estabelecidas, no período de 2015 a 2019. Resultados: Agrupou-se nas seguintes categorias: a visão do enfermeiro em relação a utilização das terapias integrativas complementares; a atuação do enfermeiro no reiki; e o efeito do reiki como tratamento complementar.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) (2017). Graduação em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2015).

³ Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Brasília, DF, Brasil.

Conclusão: Reforça-se a importância de o profissional de enfermagem dispor destas ferramentas de cuidado para tratar sintomas de doenças, e a melhor oportunidade ofertá-las a população dentro de instituições de saúde, resultando na melhora da qualidade de vida. Necessita-se de maior número de profissionais capacitados, instituições que contenham tais práticas em seu currículo acadêmico e maior possibilidade de realizar pesquisas nesta área para comprovação da eficácia destas práticas.

Palavras-chave: Reiki. Terapias Complementares e Integrativas. Enfermagem holística. Terapias alternativas complementares.

Abstract

Among the most used integrative therapies, reiki stands out, which is an oriental therapy characterized by the laying on of hands on individuals at specific points in order to restore physical, mental and spiritual balance. Objective: This study aims to compile recent data regarding the benefits of complementary integrative therapies, with a focus on reiki through a literature review. Methodology: This is an integrative literature review based on the search and selection of articles in the databases of the BDNF, LILACS and SciELO platforms, based on the keywords established, in the period from 2015 to 2019. Results: Group in the following categories: the nurse's view regarding the use of complementary integrative therapies; the nurse's role in reiki; and the effect of reiki as a complementary treatment. Conclusion: It reinforces the importance of the nursing professional having these care tools to treat symptoms of diseases, and the best opportunity to offer them to the population within health institutions, resulting in an improvement in the quality of life. A greater number of trained professionals is needed, institutions that contain such practices in their academic curriculum and a greater possibility of conducting research in this area to prove the effectiveness of these practices.

Keywords: HIV. Complementary Therapies. Holistic Nursing.

Introdução

As Terapias Integrativas Complementares são práticas terapêuticas que tratam o indivíduo de forma individual e holística, objetivando encontrar a harmonia e equilíbrio de forma autoeducativa e não halopática¹⁻⁴. Dentre essas terapias, encontra-se o reiki. A palavra reiki tem origem japonesa, onde *rei* significa universal e *ki* energia vital, denominando, então, “Energia Vital Universal”. Apesar de ser proveniente do Japão, esta técnica reúne muitos adeptos em território brasileiro e, atualmente, devido a uma maior divulgação, este tipo de terapia tem conseguido um número cada vez maior de usuários¹.

O reiki não deve ser atrelado a religião e sim relacionado a uma técnica que canaliza a energia vital por meio da imposição de mãos, sons e símbolos sagrados. As aplicações são para diversos fins, dentre eles, o alívio de sintomas relacionados às doenças crônicas, agudas e emocionais. Promove o alívio de alguns sintomas como a dor, ansiedade e diminuição das tensões, buscando o equilíbrio entre o corpo e a mente, proporcionando relaxamento e bem estar geral³.

Tendo em vista o pouco conhecimento da população para este tipo de terapia complementar, por ser um modelo de cuidado oposto ao modelo predominantemente

tradicional, fica claro a baixa procura por essa modalidade de tratamento e, assim, perde-se a oportunidade de usufruir desta opção menos onerosa que proporciona inúmeros benefícios à saúde, tratando o ser humano holisticamente⁴.

Embora este assunto ainda demande muitas pesquisas e favoreça muitas possibilidades de aplicabilidade pouco divulgadas, já existe o reconhecimento da sua importância pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), como pôde-se constatar em dois momentos: na Resolução COFEn n. 197, de 1997, que autorizou a atuação dos profissionais de enfermagem nas terapias integrativas e na Resolução COFEn n. 581, de 2018, que discorreu sobre as áreas de atuação do enfermeiro e suas especialidades por área de abrangência, bem como reconhecendo a especialidade de “Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares”⁵⁻⁸.

A relevância do estudo das Práticas Integrativas Complementares (PICs) foi reconhecida e autorizada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria n. 971, editada em 2006, aprovando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, naquele momento, a portaria supracitada não abrangia o reiki. As terapias que faziam parte da PNPIC eram: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo, crenoterapia e medicina antroposófica⁶. Em um segundo momento, por meio da Portaria nº 849 de 27 de março de 2017, novas terapias foram incluídas à PNPIC, sendo estas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga⁷.

Com o crescimento da importância do tema, nos estados, surgiu a necessidade de se regular a elaboração de normas técnicas para implantação da PNPIC, visando a atenção integral e humanização da rede de serviços⁹. Nos cursos de formação dos profissionais de saúde, em especial, os graduandos de enfermagem, nota-se um certo despreparo para o emprego das diversas terapias disponíveis. Com o aumento do debate destas técnicas, torna-se imperioso buscar melhorias e diminuir as lacunas existentes nas Instituições de Ensino Superior (IES)¹⁰, bem como, buscar sensibilizar os profissionais acerca da necessidade de incorporar em suas ações de trabalho como uma ferramenta terapêutica¹¹.

O presente estudo tem por finalidade, através de uma revisão integrativa da literatura, demonstrar a importância da utilização das terapias integrativas complementares, com ênfase no reiki e sua legalidade, para a amenizar sintomas gerados por algumas patologias, colaborando para o bem estar físico e emocional.

Métodos

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura. Baseado no objetivo do trabalho, construiu-se a pergunta norteadora e, após isso, em uma segunda fase, realizamos uma estratégia de busca, no período de abril a setembro de 2020, utilizando os seguintes descritores contidos nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS), seguido do operador booleano “AND”: *Reiki and Terapias Complementares e Integrativas and Enfermagem holística*. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram as Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Na terceira fase do estudo, estabeleceu-se os critérios de inclusão previstos na estratégia de busca, quais sejam: artigos publicados de forma online no período de 2015 a 2019; disponíveis em língua portuguesa e na íntegra; artigos gratuitos, estudos no formato de artigos originais oriundos de produção científica. Em uma quarta fase, foram aplicados os critérios de exclusão, que consideraram os materiais publicados

anteriores à 2015, artigos de revisão integrativa, artigos em outros idiomas e temas que fugiam da proposta escolhida.

Ao pesquisar nas bases de dados com os descritores supracitados, foram encontrados 2.306 artigos científicos, sendo 1.591 na LILACS, 558 na BDNF e 157 na Scielo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 1.950 trabalhos, sendo 1.410 da LILACS, 428 da BDNF e 112 da SCIELO. Dos 314 trabalhos restantes, 42 foram escolhidos para leitura dos textos completos, após refinamento e exclusão de trabalhos duplicados nas plataformas. Por fim, após a leitura completa dos trabalhos, foram excluídos aqueles que não pertenciam ao tema e/ou proposta deste trabalho, de forma que 17 artigos científicos integram esta revisão integrativa.

Resultados e discussão

Na Figura 1 estão dispostas as informações a respeito dos 17 artigos contidos nesta revisão integrativa, que foram agrupados em colunas contendo variáveis, como título, autor, objetivos, metodologia, conclusão e ano de publicação (em ordem decrescente). Conforme supracitado, foram lidos integralmente, interpretados e sintetizados os resultados mais relevantes para discussão posterior.

Figura 1. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autores, objetivo, método, conclusão e ano de publicação. Brasília, 2020.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Ensino das práticas integrativas e complementares na formação em enfermagem.	Raissa Soares Ferreira Calado, Adrielly Augusta Oliveira Braz da Silva, Diego Augusto Lopes Oliveira, Gêssyca Adryene de Menezes Silva, Júlio César Bernardino da Silva, Laís Carolina da Silva, Maria Eduarda Peixoto Lemos, Raquel Cabral Santos.	Relatar sobre o ensino das práticas integrativas e complementares na formação em Enfermagem	Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, acerca das atividades realizadas por 20 acadêmicos, um docente e um monitor do curso de Enfermagem de um centro universitário.	Salienta-se a importância da unidade temática no curso de Enfermagem do centro universitário, pois a utilização das práticas integrativas e complementares na assistência à saúde possibilita, aos estudantes, perceber o ser humano na sua totalidade.	2019

Artigo 2	Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: Proposta de Instrumento para Consulta de Enfermagem	Luis Philippe Barroso Vellinho.	Descrever as reações de profissionais de saúde com relato de ansiedade antes e depois da aplicação do reiki.	Pesquisa qualitativa e descritiva, que envolve dois ou mais grupos de participantes observados antes e depois da implementação de uma intervenção	Embora o estudo tenha indicado resultados positivos que ratificam a possibilidade do uso do reiki como forma de alívio da ansiedade entre os participantes, o número reduzido de participantes é uma limitação do estudo	2019
Artigo 3	Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites	Indiara Sartori Dalmolin, Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, Vera Lucia Freitag	Compreender a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto à utilização das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde, desvelando potências e limites.	Pesquisa qualitativa, do tipo participante, articulada, com um referencial metodológico dialógico.	As práticas integrativas e complementares constituem uma forma de cuidado com potencial para a transformação dos indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e serviços de saúde, logo, são recursos importantes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.	2019
Artigo 4	Percepção de Estudantes de Graduação em Enfermagem Acerca do Recebimento do Toque Terapêutico	Silvana Possani Medeiros, Aline Cristina Calçada de Oliveira, Diéssica Roggia Piexak, Larissa Lemos Silva, Adriane Maria Netto de Oliveira, Nerizane Cerutti Fornari.	Conhecer as percepções de estudantes de graduação em enfermagem acerca do recebimento do Toque Terapêutico.	Pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva exploratória, realizada com 10 estudantes de Enfermagem de uma Universidade Federal do sul do Brasil.	O relato dos estudantes evidenciou redução dos sinais de estresse e dor, melhora na qualidade sono, acarretando maior bem-estar.	2019

Artigo 5	Fatores intervenientes das práticas integrativas e complementares em saúde na atenção básica pelos enfermeiros	Daniele Pereira Soares, Ariane Moreira Coelho, Luiz Eduardo Abrantes da Silva, Raquel de Jesus Rocha da Silva, Lana Lívia Peixoto Linard, Marcelo Costa Fernandes ⁶	Analisar os fatores intervenientes na realização das práticas integrativas e complementares em saúde na Atenção Básica pelos enfermeiros.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 14 enfermeiros da Atenção Básica do município de Cajazeiras, Paraíba.	É necessário que exista intervenção educativa tanto para os profissionais e população usuária dos serviços de saúde quanto para os gestores, explanando a valorização dessas práticas e assim conquistando transformações nesse cenário de atuação.	2019
Artigo 6	Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos	Maria del Pilar Ogando Dacal, Irani Santos Silva.	Apresentar os impactos do reiki e da reflexologia podal na saúde de pacientes crônicos atendidos em um centro especializado em endocrinopatias, localizado em Salvador (BA).	Estudo observacional retrospectivo, de corte transversal, que utilizou registros em prontuários médicos.	Observaram-se, impactos aparentes das terapias complementares no alívio de sintomas psicológicos, emocionais e físicos, tais como ansiedade, estresse e dores no corpo.	2018
Artigo 7	A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros	Vera Lucia Freitag; Andressa de Andrade; Marcio Rossato Badke; Rita Maria Heck; Viviane Marten Milbrath.	A pesquisa teve como objetivo conhecer os sentimentos vivenciados por enfermeiras que atuam junto a Estratégias de Saúde da Família após receberem aplicação de reiki.	Trata-se de um estudo qualitativo exploratório. Os sujeitos investigados foram oito enfermeiras atuantes em Estratégias de Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul	Reflete a importância do profissional enfermeiro, dispor desta ferramenta de cuidado para tratar o usuário do serviço, atuando de forma integral	2018

Artigo 8	Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde	Pollyane da Costa Matos, Carolina Rodrigues Laverde, Priscila Gomes Martins, Juliana Martins de Souza, Nunila Ferreira de Oliveira, Calíope Pilger.	Analisar o conhecimento e as percepções de enfermeiros que trabalham na Atenção Primária de um município do sudeste goiano sobre as Práticas Integrativas e Complementares	Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, com enfermeiros.	Evidenciou-se a necessidade de capacitação na graduação e em educação permanente, para utilizar as práticas como recurso de cuidado.	2018
Artigo 9	Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas	Marilene Cabral do Nascimento, Valéria Ferreira Romano, Ana Claudia Santos Chazan, Carla Holandino Quaresma.	Apresentar a oferta de disciplinas e cursos em Práticas Integrativas e Complementares em seis instituições de ensino superior públicas no Estado do Rio de Janeiro.	Trata-se de um estudo quantitativo descritivo em IES públicas no Estado do Rio de Janeiro	Os resultados mostram uma oferta de 56 unidades de ensino, distribuída em quase todas as subáreas de saúde, com maior concentração em cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem. De perfil predominantemente opcional e informativo, apresenta a Homeopatia, Meditação e Práticas Corporais como temas mais frequentes	2018
Artigo 10	Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde	Wagner Couto Assis, Flávia Rocha Britto, Larissa de Oliveira Vieira, Eluzinete Sales dos Santos, Narriman Silva de Oliveira, Ana Cristina Santos Duarte.	Relatar a experiência na realização de oficina de fomento à reflexão sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).	Relato descritivo de experiência realizada no primeiro semestre de 2017, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié, Bahia, Brasil.	A realização de oficinas cria espaços de reflexão para que os futuros profissionais entendam a necessidade de incluir as Práticas Integrativas e Complementares em sua prática clínica e nos processos de trabalho.	2018

Artigo 11	Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários	Amanda Faqueti, Charles Dalcanale Tesser.	As percepções de usuários sobre o uso institucional de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) nos centros de saúde de Florianópolis.	Entrevistas semiestruturadas com usuários tratados com MAC nos locais com maiores ofertas.	Novas pesquisas e experiências institucionais são necessárias para investigação dessa hipótese, que amplifica o uso das MAC numa 'ecologia de cuidados institucionais'.	2018
Artigo 12	Efeitos da aplicação de reiki no cuidado ao usuário com hipertensão arterial sistêmica	Daniela Samara Federizzi, Vera Lucia Freitag, Sidnei Petroni, susane Flôres Consentino, Indiara Sartori Dalmolin.	Desvelar os efeitos da aplicação de reiki no cuidado ao usuário com hipertensão arterial sistêmica.	Pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo pesquisa-ação, realizada no período de julho a dezembro de 2015 em uma UBS.	Conclui-se que uma sessão de reiki proporciona benefícios físicos e mentais aos usuários com hipertensão arterial sistêmica, porém, sem alterar significativamente os índices pressóricos.	2017
Artigo 13	Efeito do reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental	José Henrique do Nascimento Bessa, Rafael Tavares Jomar, Alexandre Vicente da Silva, Ellen Marcia Peres, Rafael Moura Coelho Pecly Wolter, Denize Cristina de Oliveira.	Avaliar o efeito do reiki no bem-estar subjetivo de pessoas que buscam essa terapia.	Estudo experimental conduzido com 60 indivíduos que foram alocados em grupos de intervenção (Reiki) e de controle (indução de concentração sem manipulação energética).	O Reiki potencializa o afeto positivo do bem-estar subjetivo de pessoas que buscam essa terapia.	2017

Artigo 14	Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária	Islandia Maria Carvalho de Sousa, Charles Dalcanale Tesser.	Analisar a inserção da Medicina Tradicional e Complementar no SUS e sua integração com a atenção primária à saúde.	Pesquisa qualitativa baseada em dados institucionais, artigos indexados e estudos de casos em municípios brasileiros selecionado	A crescente presença da Medicina Tradicional e Complementar no SUS demanda pensar estrategicamente e sua expansão, e não devem ser desperdiçadas as experiências existentes.	2017
Artigo 15	Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica	Jessica Liz da Silva Carvalho, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega	Verificar o conhecimento dos profissionais atuantes na Atenção Básica sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e se as percebem como um recurso de cuidado em Saúde Mental.	Estudo quantitativo, realizado com 70 profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo	O conhecimento dos profissionais precisa ser aprofundado. Ainda assim, eles consideram as PIC como um recurso em Saúde Mental na Atenção Básica.	2017
Artigo 16	Massagem e reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado	Leonice Fumiko Sato Kurebayashi, Ruth Natalia Teresa Turrini, Talita Pavarini Borges de Souza, Raymond Sehiji Takiguchi, Gisele Kuba, Marisa Toshi Nagumo	Avaliar a efetividade da massagem e reiki na redução de estresse e ansiedade em clientes do Instituto de Terapia Integrada e Oriental, em São Paulo (Brasil).	Ensaio clínico controlado randomizado paralelo com amostra inicial de 122 pessoas divididas em 3 grupos	A massagem com reiki conseguiu melhores resultados entre os grupos e se sugere outro estudo com uso de placebo para o reiki, para avaliar o alcance da técnica em separado.	2016
Artigo 17	Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia	Julyane Felipette Lima, Silvana Ceolin, Bruna Knob Pinto, Juliana Graciela Vestena Zilmer, Rosani Manfrin Muniz, Eda Schwartz.	Conhecer as terapias integrativas e complementares utilizadas pelos pacientes em quimioterapia oncológica.	Estudo qualitativo, realizado com seis pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, em um serviço de oncologia do sul do Rio Grande do Sul, Brasil	Apreende-se que uso de terapias integrativas e complementares em oncologia permite a aproximação do profissional enfermeiro com o paciente em quimioterapia, conhecendo-o em sua complexidade.	2015

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme supradescrito, identificamos informações contidas nestes trabalhos que poderiam ser agrupadas em três temas para discussão, sendo estes: A visão do

enfermeiro com relação a utilização das terapias integrativas complementares; A atuação do enfermeiro no reiki; e O efeito do reiki como tratamento complementar às mais diversas enfermidades.

A VISÃO DO ENFERMEIRO COM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

O emprego das PICs na rede pública de saúde tem acontecido de maneira lenta. A justificativa para essa lentidão, segundo estudiosos, são o pouco conhecimento sobre essas terapias, a falta de pesquisas sobre o tema, além de uma ausência de profissionais habilitados na rede SUS para operacionalizá-las¹². É latente o crescimento do interesse dos profissionais de enfermagem no que tange a utilização do Reiki na assistência ao paciente, principalmente com o foco no autoatendimento¹³. Cabe ressaltar que as PICs podem ser empregadas em complemento à abordagem tradicional ou de forma isolada, dependendo da sua finalidade e o que se deseja. Em cada uma dessas situações, o procedimento de assistência de Enfermagem deve ser mantido¹⁴.

Cabe salientar, que há a necessidade de se conseguir um reconhecimento e aceitação das PIC pelo universo dos profissionais da área de saúde, algo evidente no presente trabalho. Esta observação se faz necessária no momento que se verifica que os encaminhamentos realizados na unidade se concentraram nos profissionais da área de psicologia e na demanda espontânea dos próprios usuários das terapias¹².

Por oportuno, cabe reforçar que para que se tenha uma utilização plena das técnicas disponíveis, deve ser feita a implementação teórica e a prática das PICs nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), facilitando no sentido mais amplo uma melhor formação aos novos profissionais de área de Enfermagem, que estarão melhores preparados para lidar com esses recursos terapêuticos tão relevantes¹⁴.

Em pesquisas realizadas, restou evidente a impressão das enfermeiras no que se refere a possibilidade de utilização da terapia reiki, bem como, outras terapias, como forma de auxiliar no cuidado da saúde dos profissionais e dos usuários e, sob essa perspectiva, reduzir a medicalização enquanto forma única de tratamento terapêutico¹⁵. Na maioria dos casos, os profissionais da área de saúde acreditam piamente na necessidade de inclusão de matérias optativas ou obrigatórias relacionadas com as terapias em comento durante a graduação, sendo assim, poderiam possibilitar aos graduandos o acesso a novas formas de assistência e cuidado aos pacientes enfermos¹⁶.

No escopo destas práticas há o entendimento que elas visam o bem-estar individual e do todo, onde a psique se apresenta tão relevante quanto a enfermidade em si, logo, o aspecto espiritual torna-se fundamental pois forma um elo com o meio e a sua existência¹⁴. Neste sentido, cresce a importância dos estabelecimentos de ensino superior que possuem cursos da área de saúde adotarem, nos seus currículos, as PICs, pois estas adaptações ofertarão ao mercado profissionais de Enfermagem com uma formação plena e humanizada^{14,15}.

No que tange ao tema central do estudo, a terapia complementar reiki, nota-se um certo grau de desconhecimento sobre as suas reais possibilidades e, por consequência, um subemprego¹⁵. Por outro prisma, verifica-se que o conhecimento do tema pode ensejar interpretações equivocadas sobre as técnicas, trazendo prejuízos na sua aplicabilidade e diminuindo a sua possibilidade de alcance¹⁷.

Neste interim, a possibilidade do aumento do alcance das PICs, por meio da valorização do seu ensino sobre o cuidado de Enfermagem é uma ferramenta valiosa

para a construção de profissionais mais comprometidos com os princípios da saúde, com o próximo e com o planeta¹⁸. Outro aspecto relevante do trabalho em tela foi verificar o elevado nível de motivação dos profissionais em relação às suas atividades laborais e a disposição em buscar novos conhecimentos e, também, da disposição em participar por parte dos usuários das diferentes práticas do cuidado com as PICs¹⁹.

Por fim, cabe ressaltar que tanto a oferta da Medicina Tradicional, como a Complementar são diretamente proporcionais à competência prévia dos seus profissionais ou mesmo, da sua formação para desempenhar as mais variadas atividades nos seus ambientes de trabalho²⁰.

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO PROVEDOR DO REIKI

A terapia reiki tem sido utilizada como terapia complementar no tratamento das mais variadas enfermidades, inclusive crônicas, sendo praticada em Unidades Hospitalares do País, tais como: Hospital Albert Einstein e o Hospital Sírio-Libanês. Estas unidades já possuem no seu leque de atividades terapêuticas os serviços de abordagem integrativa, dentre elas estão: reiki, acupuntura, meditação e outras. Cabe salientar que há a preocupação de avaliar outras necessidades dos usuários, tais como: questões emocionais, espirituais e familiares¹².

Com o advento de novas possibilidades terapêuticas inseridas na PNPIC, em dentre elas o Reiki, as referidas terapias passam a ocupar um papel de extrema importância no espectro da saúde global, além do incentivo, fortalecimento, reconhecimento e regulamentação dessas práticas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹.

Os profissionais que atuam nesta área, passam a entender o indivíduo como um todo (mente/corpo/ espírito), direcionando seu foco para a saúde e não para a enfermidade, e ainda buscam informar aos indivíduos que a utilização destas técnicas devem ser acompanhadas do tratamento medicamentoso tradicional, não substituindo o uso dos itens farmacológicos¹⁴. No seu íntimo, a profissão de enfermeiro se caracteriza por ser uma atividade profissional que traz no seu bojo a preocupação com o cuidado de forma plena do ser humano, em diversos aspectos, como biológicos, psicológicos, sociais e culturais¹².

Neste contexto, o reiki passou a ser compreendido como uma ferramenta essencial e capaz de aumentar a efetividade do processo de cuidar do homem, nesse caso, do enfermo. Esta terapia possibilita uma melhora no vigor físico, proporcionando ganho de energia para trabalhar por longas jornadas, bem como, oportuniza ao profissional de enfermagem a manter a sua clareza mental e a estabilidade emocional, de forma a desempenhar suas atividades laborais de forma mais eficaz¹⁵.

Por oportuno, cabe reforçar que para se ter sucesso na implantação e na manutenção de atividades integrativas, há a necessidade de se conseguir o apoio por parte dos gestores, de modo a promover uma reorganização dos serviços, ofertando uma maior visibilidade às atividades promotoras de saúde, que podem ser conseguidas por meio das PICs²².

As práticas estudadas vão na contramão da atual visão altamente tecnológica de saúde nos dias atuais, que acabam dominando a sociedade de mercado, extremamente dominada por convênios de saúde cujo objetivo principal é conseguir o maior número possível de dividendos e pulverizar o tratamento dos seus clientes em especialidades que não dão conta de promover ao ser humano uma solução completa para seus problemas¹⁷.

Outro registro de relevância no estudo em tela foi a experiência vivenciada por profissionais de saúde que empregaram o reiki em seus pacientes. Estas pessoas manifestaram vários sentimentos relacionados à uma experiência terapêutica que contribuiu para relaxamento, descanso, reflexão. Sentimentos estes sentidos enquanto aplicavam a referida terapia. Além disso, apresentaram significativas melhoras em termos de concentração, aumentando a efetividade na prestação do cuidado com o outro¹⁵.

Ressalta-se que, de maneira geral, a formação de recursos humanos especializados no emprego dos PICs em nosso país é considerada deficiente, seja em termos de oferta de mão de obra, seja em termos de qualidade do ensino profissionalizante²³.

Por fim, vale o registro de que apesar da enfermagem trazer na sua essência as práticas integrativas e complementares, nem todos os profissionais se sentem em condições de sequer orientar sobre essas terapias, o que reforça ainda mais a necessidade de contemplá-las na grade de formação dos mais diversos cursos²⁴.

O EFEITO DO REIKI COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR ÀS MAIS DIVERSAS ENFERMIDADES

Como foco central do trabalho, foi possível observar na presente análise que existe um considerável impacto das PICs no alívio de sintomas psicológicos, emocionais, físicos, tais como: dores no corpo, cansaço, inchaço nos membros inferiores e insônia¹². Nos diversos relatos analisados, os envolvidos retrataram momentos de descanso da mente e do corpo, ocasionados pelo relaxamento e pela meditação alcançados por meio da imposição das mãos²⁵.

As principais ocorrências que fazem com que as pessoas busquem a utilização de tais práticas são: alcance do bem-estar, da serenidade, da melhora do humor, do sono e da compaixão para com o outro²⁶. Houve a ocorrência de resultados imediatos positivos, quando da utilização do Reiki, nas seguintes situações: batimentos cardíacos acelerados, níveis de cortisol aumentados, temperatura corporal elevada em profissionais com Síndrome de Burnout. Estes aspectos supramencionados sugerem que esta terapia tem um efeito sobre o sistema nervoso parassimpático dos seus usuários¹³.

Ao se observar as diversas análises constantes do trabalho, torna-se evidente, cada vez mais, que o uso das terapias integrativas e complementares apresentam resultados significativos, atuando por meio de sistemas que envolvem mecanismos de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde. As práticas de tais métodos podem corroborar para a mudança de modelos de atenção, proporcionando a melhoria da saúde sem o uso pesado de ação medicamentosa¹⁵.

No que tange ao uso de terapias de forma conjunta, há relatos constantes do estudo que trazem dados positivos. Nestes estudos foram apresentados dados que trazer índices maiores de melhora entre pacientes que fizeram uso combinado de mais de uma terapia¹². Em outro estudo constante do trabalho em tela, foi possível verificar resultados da aplicação de reiki em pacientes voluntários de um centro de oncologia, os quais, demonstraram a diminuição de mais de 50% dos relatos de sofrimento oriundos da ansiedade, depressão, dor e fadiga²⁵.

Por oportuno, cabe salientar que as práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde, passam por uma fase de crescente legitimação, o que de certa forma acaba por valorizar os recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/doença/cura. Desta feita, as estratégias diagnóstico/terapêuticas são

fortalecidas e de forma indireta acaba por aumentar a relevância deste tipo de assistência¹⁵.

Os relatos apontam que o acompanhamento das diversas enfermidades com práticas integrativas e complementares favorecem a redução aparente da intensidade dos sintomas apenas com algumas sessões, bem como, é possível inferir que o acompanhamento continuado apresente tendência de gerar maiores resultados¹².

Neste interim, o reiki se apresenta como um dispositivo relevante de cuidado onde o profissional de saúde conhece a si mesmo; equilibra harmoniosamente o receptor, corpo, mente e espírito e, desta forma, se habilita a desempenhar melhor o seu trabalho diário e no trabalho em equipe. Neste sentido, o reiki acaba por promover os mais variados efeitos de cura, alívio de dores agudas e crônicas^{15,24}.

Por fim, cabe registrar que existem evidências recentes de resultados positivos do uso de Medicina Alternativa Complementar na atenção primária à saúde por profissionais híbridos, ou seja, que trabalham com diversas práticas terapêuticas, quais sejam: menores custos hospitalares e com medicamentos e menor mortalidade²⁶.

Considerações finais

Ao verificarmos os dados, pode-se aferir que a utilização das terapias integrativas, com ênfase no reiki, complementando os diversos tratamentos convencionais, possibilitou aos seus usuários resultados positivos, ou seja, houve melhora significativa na saúde física, emocional e psicológica. Cabe salientar que as terapias em tela não substituem os tratamentos medicamentosos utilizados nas doenças, no entanto, se empregadas de forma conjunta podem potencializar a melhora das enfermidades.

Pode-se concluir, também, que a utilização das terapias em comento, têm crescido e vem sendo incentivadas nos últimos tempos. Torna-se evidente que atualmente os profissionais da área de enfermagem já possuem maiores conhecimentos sobre estas ferramentas terapêuticas, no entanto, de forma ainda bastantes insipiente.

Torna-se evidente também que as Instituições de Ensino ainda têm muito a evoluir no sentido de melhorar os seus currículos acadêmicos sobre o tema, ou seja, os alunos formados nas áreas assistenciais, na sua grande maioria, seguem para o mercado de trabalho com conhecimentos superficiais sobre o assunto e acabam por aprofundar-se no estudo e emprego das terapias somente após o seu período de acadêmico. Neste viés, cabe as escolas de formação buscarem especializar seus quadros de professores para que possam ofertar cursos cada vez mais completos aos seus alunos.

Outra evidência constante do trabalho em tela, foi a pequena quantidade de estudos publicados sobre o tema e, neste sentido, surge mais uma oportunidade de melhoria para as escolas que é a possibilidade de incentivar seus graduandos a realizarem mais trabalhos acadêmicos nesta área. Outro aspecto relevante verificado é que as autoridades regulatórias nos âmbitos municipais, estaduais e federais têm incentivado a utilização das diversas terapias, fato este confirmado pelas inúmeras legislações sancionadas nos últimos anos.

Por fim, pode-se concluir que a metodologia empregada no estudo, atendeu ao objetivo sugerido, pois revelou resultados positivos nos seus usuários, mostrou uma melhora no nível de conhecimentos dos profissionais de enfermagem e revelou que

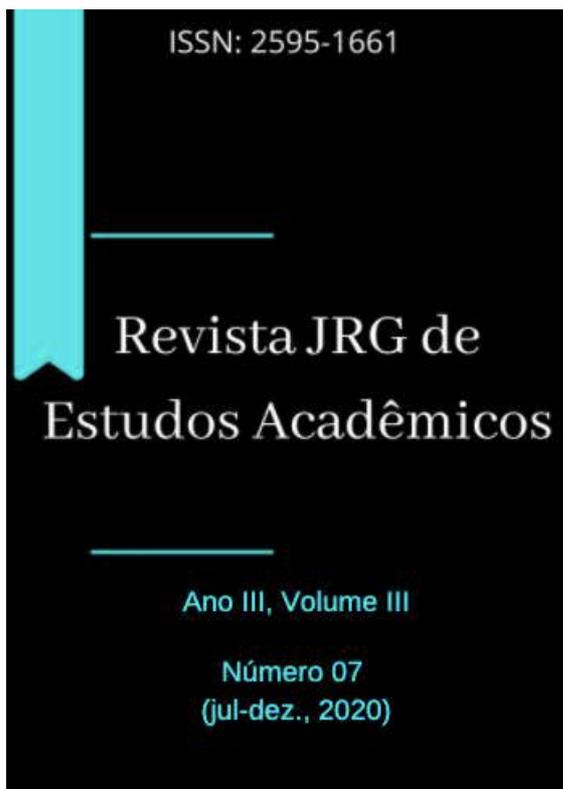
há ainda espaço para melhorias nos currículos acadêmicos dos Estabelecimentos de Ensino.

Referências

1. Spezzia S, Spezzia S. O uso do Reiki na assistência à saúde e no Sistema Único de Saúde. R. Saúde Públ. 2018; 1(1): 108-115. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/49/20>
2. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. Revista eletrônica trimestral de Enfermagem. 2015. (38): 346-355. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision5.pdf
3. Vannucci, Luciana. Efeitos do Reiki sobre a viabilidade celular e a atividade da mieloperoxidase de neutrófilos humanos in vitro: estudo experimental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2017. Disponível em: doi:10.11606/D.7.2018.tde-31102018-180147.
4. Júnior E T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Revista Estudos Avançados. 2016. 30 (86): 99-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>
5. Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 0581/2018. Especialidades do enfermeiro por área de abrangência. Brasília (DF); 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 04 maio 2006; Seção 1.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
8. Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. São Paulo (SP); 1997.
9. Brasil. Resolução nº 695/13 – CIB/RS de 23 de maio de 2012. Ministério da Saúde, Porto Alegre (RS), 23 maio 2012. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pepic_rio_grande_do_sul.pdf
10. Fischbom AF, Machado J, Fagundes NC, Pereira NM. A política das práticas integrativas e complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. Cinergis. 2016; 17(4):358-63. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8149>
11. Climaco LCC, Almeida JS, Ferraz IS, Aragão SA, Duarte ACS, Boery RNSO. Conhecendo as práticas integrativas e complementares em saúde: oficina educativa. Rev enferm UFPE on line. 2019; 13(4): 1167-72., abr.
12. Dacal MPO, Silva IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde Debate. 2018. 42 (118): 724-735. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0724.pdf>

13. Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Souza TBS, Takiguchi RS, Kuba G, Nagumo MT. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016. 24: 2834. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02834.pdf
14. Calado RSF, Silva AAOB, Oliveira DAL, Silva GAM, Silva JCB, Silva LC, et al. Ensino das práticas integrativas e complementares na formação em enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2019. 13(1): 261-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237094/31171>
15. Freitag VL, Andrade A, Badke MR, Heck RM, Milbrath VM. A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. Rev Fund Care Online. 2018. 10(1): 248-253. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v10i1.248-253>
16. Matos PC, Laverde CR, Martins PG, Souza JM, Oliveira NF, Pilger C. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. Cogitare Enferm. 2018. (23)2. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v23n2/1414-8536-ce-23-2-e54781.pdf>
17. Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev Gaúcha Enferm. 2017. 38(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf>
18. Assis WC, Britto FR, Vieira LO, Santos ES, Boery RNSO, Duarte ACS. Novas formas de cuidado através das práticas integrativas no sistema único de saúde. Rev Bras Promoç Saúde. 2018. 31(2): 1-6. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/907016/novas-formas_port.pdf
19. Soares DP, Coelho AM, Silva LEA, Silva RJR, Linard LLP, Fernandes MC. Fatores intervenientes das práticas integrativas e complementares em saúde na atenção básica pelos enfermeiros. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. 2019. 8(1): 93-102. Disponível em: DOI: 10.18554/reas.v8i1.3544
20. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública 2017. 2016. 33(1): 00150215. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>
21. Vellinho LPB. Reiki aliado ao cuidado de enfermagem à pessoa com ansiedade: Proposta de Instrumento o Consulta de Enfermagem. Dissertação de Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense. 2019: 82. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/13037/1/Luis%20Philippe%20Barroso%20Vellinho.pdf>
22. Dalmolin IS, Heidemann ITSB, Freitag VL. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. Rev Esc Enferm USP. 2019. 53:e03506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03506.pdf>
23. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. Trab. Educ. Saúde, 2018. 16 (2): 751-772. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00130.pdf>
24. Medeiros SP, Oliveira ACC, Piexak DR, Silva LL, Oliveira AMN, Fornari NC. Percepção de Estudantes de Graduação em Enfermagem Acerca do Recebimento do Toque Terapêutico. Rev Fund Care Online. 2019. 11: 464-469. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.464-469>

25. Federizzi DS, Freitag VL, Petroni S, Consentino SF, Dalmolin IS. Efeitos da aplicação de reiki no cuidado ao usuário com hipertensão arterial sistêmica. Revista enfermagem atual. 2017. 83. 16-23. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/279/171>
26. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. Ciências e saúde coletiva. 2018. 23(8): 2630. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2621.pdf>



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **21/09/2020**

Data de reformulação: **12/10/2020**

Data do aceite: **18/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281462>

Publicado: **2020-11-19**

LIDERANÇA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSING LEADERSHIP IN PUBLIC HEALTH: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

*Felipe Eduardo Batista da Cruz¹
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo²
Maria Luiza Rêgo Bezerra³*

RESUMO

Objetivo: Verificar influência da liderança do Enfermeiro no desempenho da equipe de enfermagem na saúde pública; bem como, esclarecer os fatores influenciadores da liderança do Enfermeiro na saúde pública, a partir da bibliografia evidenciada e destacar a liderança de enfermagem na saúde pública. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão integrativa de literatura, realizada através de um levantamento em base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – BIREME) e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*. **Resultados:** O conceito de liderança está diretamente ligado a profissão do Enfermeiro, e se faz necessária em todas as áreas de sua atuação, está relacionada às características de cada profissional e com certeza potencializando os acertos dentro da área da enfermagem.

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

² Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) (2017). Graduação em Enfermagem pela Universidade de Brasília (2015).

³ Doutoranda em Bioética (Programa de Pós-graduação em Bioética da UnB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Gestão em Saúde Pública com Ênfase em Saúde Coletiva e da Família (INESPO-PUC/SP) e Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), campus de Imperatriz-MA

Conclusão: A liderança do Enfermeiro na saúde pública amplia a visibilidade da profissão e estimula a busca pela excelência profissional.

Palavras-chave: Enfermagem. Liderança. Enfermagem em Saúde Pública. Revisão. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To verify the influence of the nurse's leadership on the performance of the nursing team in public health; as well as, to clarify the influencing factors of the nurse's leadership in public health, based on the evidenced bibliography and to highlight the nursing leadership in public health. Method: This is a qualitative research of the type integrative literature review, carried out through a survey in electronic databases of the Virtual Health Library (VHL - BIREME) and Scientific Electronic Library Online (Scielo). Results: The concept of leadership is directly linked to the nurse's profession, and it is necessary in all areas of his performance, it is related to the characteristics of each professional and certainly enhancing the successes within the nursing area. Conclusion: The nurse's leadership in public health increases the visibility of the profession and stimulates the search for professional excellence.

Keywords: Nursing. Leadership. Public Health Nursing. Review. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A liderança é a arte de influenciar pessoas, seja através do exemplo ou de outras formas, mostra-se como uma influencia necessária, buscando a melhora no que se faz. Na Liderança se estabelece a influência no comportamento de pessoas, para se alcançar êxito na execução de tarefas. Estudos tem mostrado, que a liderança é exercida num contexto de grupo comum, onde um indivíduo exerce influência sobre os demais em um processo coletivo que é compartilhado por todos os membros da equipe¹.

A necessidade de uma boa liderança do enfermeiro na saúde pública é notória, pois através do enfermeiro que os cuidados mais essenciais à saúde do indivíduo são efetivados, e isso afeta diretamente o paciente e a sua segurança, ele sempre espera o melhor da equipe. Uma equipe de enfermagem motivada por seu líder possibilita uma melhora em todos os níveis de atenção². É notório que a satisfação do cliente tem sido relacionada com a liderança do enfermeiro, que por sua vez é capaz de trazer mais segurança ao ambiente de trabalho³.

A saúde pública no Brasil está contida dentro do sistema único de saúde SUS, mostrado como direito do cidadão e dever do Estado, onde deve ser proporcionado os seguintes princípios: integralidade, equidade e universalidade para todo cidadão que se encontrar em território Nacional. O SUS não visa apenas o tratamento de doenças, observa também a prevenção de doenças e agravos na população⁴.

A Lei de exercício profissional de Enfermagem, 7.498/86 é objetiva e estabelece claramente que as atividades de enfermagem devem ser supervisionadas a todo momento por um enfermeiro, esta supervisão deve ser exercida com liderança, bons líderes na enfermagem são aqueles que não olham apenas para o próprio umbigo, mas, sim aqueles que se colocam no lugar de seus subordinados, e vivem com eles as diversas situações do setor de saúde. A liderança é mostrada como uma função necessária no exercício da profissão, explica que o enfermeiro é capaz de influenciar sua equipe e consegue disponibilizar entendimento focado nas necessidades de saúde dos usuários e de suas famílias⁵. Estudar os fatores que se

relacionam com o desenvolvimento da liderança mostra -se necessário para manter esse processo de desenvolvimento e aprendizagem¹¹.

Diante do exposto este trabalho justifica-se pela importância de abordar a liderança em Enfermagem enquanto estratégia de otimização, não somente do gerenciamento em Enfermagem, mas, também do cuidado que pode ser ainda mais evidente no universo da Saúde Pública, acarretando assim bons resultados para os profissionais de saúde envolvidos e sobretudo, para a assistência de Enfermagem prestada e teve como problemática verificar qual a influência da liderança de enfermagem para a assistência de enfermagem em saúde pública e que, para tanto, apresenta-se o objetivo desta pesquisa verificar a influência da liderança do Enfermeiro no desempenho da equipe de enfermagem na saúde pública.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão integrativa de literatura.⁶ Este método tem como objetivo verificar a literatura que já existe, possibilitando compreender determinado objeto a ser estudado⁶. A opção por essa temática deve-se a necessidade de se verificar a liderança do enfermeiro na saúde pública. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) e SCIELO.

Os descritores utilizados de acordo com o vocabulário de termos em Descritores em ciência de saúde (DECS), foram: Enfermagem, Liderança, Enfermagem em Saúde Pública, Revisão, Saúde Pública. foram aceitos para esta revisão bibliográfica estudo finalizados, disponíveis e online, no idioma português, de acesso gratuito compreendidos entre os anos de 2015 a 2020. Foram excluídos artigos com mais de 5 anos, relatórios de pesquisas, editorias, cartas ao editor. Para análise de dados foram considerados os principais achados e seu significado para desenvolvimento

Quadro 1: Estratégia de busca com os operadores booleanos. Brasília-DF, 2020.

LILACS	(mh:(enfermagem)) AND (mh:(liderança)) (mh:(enfermagem)) AND (mh:(saúde pública))
MEDLINE	(mh:(enfermagem)) AND (mh:(liderança)) (mh:(enfermagem)) AND (mh:(saúde pública))
BDENF	(mh:(enfermagem)) AND (mh:(liderança)) (mh:(enfermagem)) AND (mh:(saúde pública))
SCIELO	(mh:(enfermagem)) AND (mh:(liderança)) (mh:(enfermagem)) AND (mh:(saúde pública))

Fonte: O autor (2020).

A partir da coleta de dados, localizaram-se 2030 artigos submetidos à primeira etapa de avaliação por meio da aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos de pesquisa original publicados de forma completa, livre e gratuita em periódicos disponíveis nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português, inglês, condizentes com o objetivo proposto e os descritores e/ou palavras-chave listados a seguir: Enfermagem, Liderança, Enfermagem em Saúde Pública. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram

encontrados 39 artigos, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) 1 artigos, Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) 4 artigos e SCIELO 84 artigos. Obtendo amostra de 128 artigos ao final da primeira etapa de avaliação. Na segunda etapa foi realizada a leitura completa dos artigos para identificar os que mais tinham afinidade com a questão. Desta análise foram incorporados aos resultados da pesquisa 3 artigos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 1 artigo da Base de Dados Nacionais da Enfermagem (BDENF) e 2 artigos da SCIELO..

Quadro 2: Amostra resultante para análise. Brasília-DF, 2020.

Estratégia de busca			
Coleta de dados			
Total de 2030 artigos			
LILACS	MEDLINE	BDENF	SCIELO
571	1092	101	266
1ª etapa após aplicados os critérios de exclusão e inclusão			
LILACS	MEDLINE	BDENF	SCIELO
39	1	4	84
2ª etapa seleção de artigos utilizados			
LILACS	MEDLINE	BDENF	SCIELO
3	0	1	2
Total de artigos utilizados na pesquisa			
6 artigos			

Fonte: O autor (2020)

3 RESULTADOS

A seguir, serão descritas as características dos artigos elencados como principais resultados desta busca bibliográfica, a saber: título, ano, periódico, nível de evidência e abordagem.

Quadro 3: Caracterização dos artigos selecionados. Brasília-DF, 2020.

Título	Ano	Periódico	Abordagem
Como o enfermeiro líder se comunica no hospital: uma análise das práticas discursivas	2016	Revista online de pesquisa CUIDADO É FUNDAMENTAL	Convergente Assistencial
O enfermeiro - líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer*	2016	Cogitare Enfermagem	Convergente Assistencial
A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar	2016	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativa, analítica, transversal
A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem	2018	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estratégia PICO

Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil	2020	Revista Brasileira de Enfermagem	estudo analítico, transversal, de delineamento quantitativo
Limites e possibilidades na gestão universitária realizada por enfermeiros gestores*	2018	Revista da Escola de enfermagem da USP	Pesquisa qualitativa

4 DISCUSSÃO

Os dados dos artigos coletados evidenciaram, que as características dos principais serviços de saúde vêm precisando ainda mais da presença de um Enfermeiro com características voltadas para uma boa liderança na saúde pública. O Enfermeiro tem papel fundamental na coordenação e no gerenciamento dos serviços de enfermagem, para tanto, necessita de uma atualização contínua no seu aprendizado individual⁷.

Diretamente ligada a satisfação dos pacientes a liderança exercida pelo Enfermeiro é capaz de promover a qualidade e satisfação do cliente que é considerada um importante indicador de qualidade⁸. Existe uma necessidade constante de envolver os pacientes e acompanhantes nos processos. O Enfermeiro como bom líder deve se certificar que a comunicação entre equipe, cliente e acompanhantes está sendo efetiva⁹. O avanço nas tecnologias, a competitividade entre os serviços e a necessidade de uma certa agilidade na assistência tem comprovado cada vez mais essa necessidade de um líder⁹.

É necessário mostrar que o ambiente em que um líder atua, várias ações são modificadas, como, as políticas organizacionais que especificam os regulamentos a serem considerados, podendo, desta forma, modificar a forma que se lidera. Nesse contexto, surgem demandas crescentes de produção e de qualidade, em um mercado de trabalho instável e com muita flexão. Para suprir a essas necessidades, um bom líder deve possuir alguns atributos dentre eles: visão, competência, habilidades de comunicação, tomada de decisão, planejamento, capacidade de resolução de problemas, estabilidade emocional e bom relacionamento com os liderados¹⁰.

O Enfermeiro é visto como um profissional que se diferencia dos demais pela sua capacidade de articular atividade de vários tipos de saúde incluindo a execução da liderança que se faz extremamente necessária, neste contexto a educação permanente desses profissionais deve ser levada a sério pois facilita e aumenta a credibilidade da profissão e do atendimento prestado à população¹¹.

A busca pelo aprimoramento profissional depende dele mesmo, o mercado de trabalho encontra-se em constante mudança, provocando atualização permanente do enfermeiro com a finalidade de satisfazer as necessidades da Saúde Pública como um todo com seus clientes cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos¹².

Nas organizações públicas, a burocracia, como, as normas, regulamentos e controles contidos nos processos de gestão para o cumprimento da legislação se fazem necessária. A inovação na gestão pública Brasileira muitas vezes é embarreirada por essa burocracia instalada e muitas vezes é vista como desfavorável¹³

Em meio à pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) e à grave crise estrutural e política do Sistema Único de Saúde (SUS), a profissão de enfermagem se encontra ainda mais frágil e busca um conforto no legado de

Florence Nightingale. Existindo assim maior necessidade de uma readaptação de um bom líder¹⁴.

Sabe-se que a liderança se dá através de envolvimento de pessoas, mostrando que não existe líder sem liderados¹⁵. Estudos mostram que a comunicação, assertividade, empatia e tomada de decisão são fundamentais para este processo, as constantes lutas fazem parte da nossa sociedade, ainda mais se tratando da Enfermagem¹⁶. Quando se fala em liderança mostra-se necessário ainda mais essa luta pois sem ela dificilmente pessoas serão estimuladas a buscar seus direitos onde as inovações tecnológicas e as exigências do mercado são contínuas¹⁷. Apesar da função de liderar/gerenciar ser do enfermeiro, conforme a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem, é possível que não seja exercida de forma isolada, mas buscando e aproveitando o conhecimento daqueles que estão ao seu redor¹⁸.

O modo como o Enfermeiro se comunica e o seu grau de conhecimento são de extrema necessidade para um boa liderança e a forma como se comunica gera um empoderamento em seu subordinados¹⁹. A liderança é uma competência que não deve faltar no exercício da profissão de enfermagem na saúde pública, por meio e a partir dela que o enfermeiro dirige seu processo de trabalho e leva sua equipe a obter grandes metas²⁰.

Outro fator a ser observado é que a atual conjuntura dos serviços de saúde vem enfrentando uma escassez de recursos materiais, fragilidades na gestão de pessoas e leitos superlotados, o que dificulta e aumenta ainda mais a necessidade de uma boa liderança por parte do enfermeiro²¹. Neste contexto a educação permanente desses profissionais deve ser levada a sério pois facilita e aumenta a credibilidade da profissão e do atendimento prestado à população

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança do Enfermeiro na saúde pública vem se apresentando cada vez mais como necessária para o bom andamento do serviço em todas as áreas da enfermagem. A necessidade de uma boa liderança do enfermeiro na saúde pública é notória, pois através do enfermeiro que os cuidados mais essenciais à saúde do indivíduo são efetivados.

A liderança bem aplicada pelo enfermeiro motiva e constrói uma perspectiva de sucesso em todo o desenvolvimento, seja da assistência ou da gestão, percebe-se que subordinados executam melhor sua função com a presença de um líder que não apenas manda e observa o trabalho, mas sim, permanece ao lado, corrige e sempre que possível deixa seu liderado com uma resposta concisa e confiante.

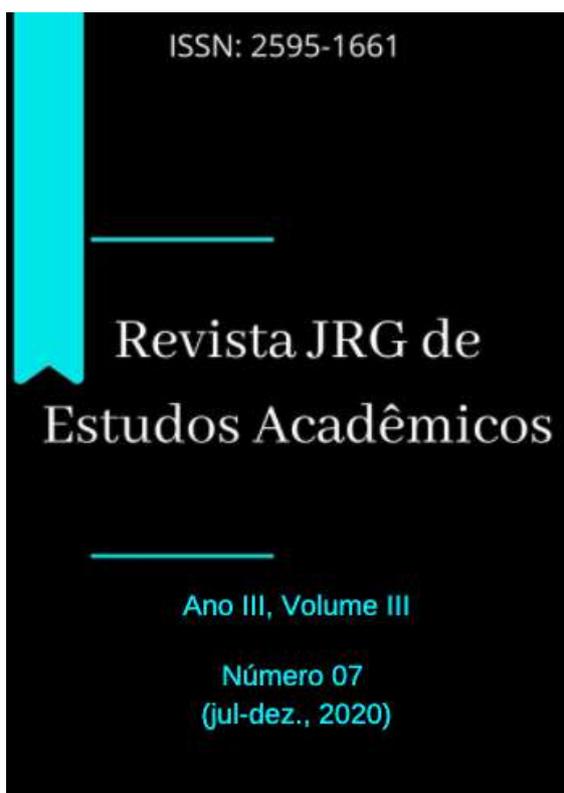
Este trabalho visa ampliar e descrever a importância da atuação da liderança do enfermeiro na saúde pública. O tema em questão deve ser mais estudado, para assim, se entender a importância do Enfermeiro líder em uma equipe. Através do estudo se amplia e melhora a percepção do que é um líder e de como isso faz diferença no atendimento da população, que por sua vez tem o direito de ser bem assistida.

REFERÊNCIAS

1. Amestoy CS, Trindade L T, Silva GTR, Santos BP, Reis VRSS, Ferreira VB. Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. *Escola Anna Nery*.2017; 21.4: 1-5.

2. Silva Santos VL. "Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores." *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017; 51: 1-7.
3. Forte ECN, Pires DEP, Martins MMFPS, Trindade LM, Schneider DG, Ribeiro OMPL. "Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia." *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018.; 39: 1-5.
4. Carvalho, ALB. Ouverney, ALM. Carvalho, MGO. Machado, NMS. "Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020." *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 25: 211-222.
5. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]; [acesso 16 Novembro 2020]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.
6. Whittemore R, Knafl K. A revisão integrativa: metodologia atualizada. *J Adv Nurs* [online]. 2005. acesso em 01 de junho de 2020; 52 (5): 546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
7. Faria, CC Santos MCM, Luz NC, Pereira LF, Lima RL, Haddad JGV. Como o enfermeiro líder se comunica no hospital: uma análise das práticas discursivas. 2017; 152-156.
8. Nunes EMGT, Gaspar MFM. "A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar." *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37.2: 1-5.
9. Sanhudo NF, Moreira MC. "O enfermeiro: líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer." *Cogitare Enfermage*. 2016; 21: 1-9.
10. Carrara, Gisleangela Lima Rodrigues. "A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem." *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38.3: 1-7.
11. Pazetto BA, Rossi DD, Balsanelli FTG. "Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar." *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018; 31.2: 187-193.
12. Mondinil CCSD, Cunha ICKO, Trettene AS, Fontes CMB, Bachegal MI, Cintra FMR, "Liderança autêntica entre profissionais de enfermagem: conhecimento e perfil." *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73.4: 1-7.
13. Cunha, K S, Erdmann AL, Andrade SR, Kahl C, Salum MEG, Fabrizzio CC. "Limitações e possibilidades na gestão universitária realizada por gerentes de enfermagem." *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2020; 54: 1-5.
14. Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi LC, Adamy EK, Toso BRGO, Souza JB.. "200 Anos de Florence e os desafios da gestão das práticas de enfermagem na pandemia COVID-19." *Revista latinoamericana de enfermagem*. 2020; 28: 1-11.
15. Hayashida KY, Bernardes A, Moura AA, Gabrie CSI. "A liderança coaching exercida pelos enfermeiros no contexto hospitalar." *Cogitare Enfermagem*. 2019; 24; 1-11.
16. Dias MO, Souza NVDO, Penna LHG, Gallasch CH. "Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho." *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019; 53: 1-6.
17. Bernardes, Andrea. "Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem." *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018; 39: 1-2.
18. Conz CA, Aguiar RS, Reis HH, Pinto MCJ, Mira VI, Merighi MAB. Atuação de enfermeiros líderes de unidade de terapia intensiva: abordagem compreensiva. 2019, (4), 46-41.

19. Fernandes CAG, Olm CICK, Pazetto BA, Andrea B. Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. 2016; 29: 618-625.
20. Ferreira, Vanêska Brito, et al. "Liderança transformacional na prática dos enfermeiros em um hospital universitário." 2018 *Acta Paul Enferm.* 31 : 644-650.
21. Montezeli, Juliana Helena, Keroley Paes de Almeida, and Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad. "Percepções de enfermeiros acerca das habilidades sociais na gerência do cuidado sob a perspectiva da complexidade." *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2018; 52.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **15/10/2020**

Data de reformulação: **27/10/2020**

Data do aceite: **18/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281484>

Publicado: **2020-11-19**

**ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL:
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE À PESSOA COM DEPENDÊNCIA
QUÍMICA**

*NURSING IN MENTAL HEALTH:
NURSING ASSISTANCE IN FRONT OF THE PERSON WITH CHEMICAL
DEPENDENCE*

*José de Anchieta Lima Junior¹
Hellen Carla Oliveira da Silva²
Maria Salete Vaceli Quintilio³*

RESUMO

O uso abusivo de drogas é, na atualidade, um dos maiores problemas da sociedade, com isso o **Objetivo** deste estudo foi dissertar um pouco mais sobre o dependente químico, os tratamentos mais utilizados pelos enfermeiros e a assistência da equipe de enfermagem prestada aos usuários e seus familiares. **Métodos:** Este trabalho foi elaborado a partir de uma Revisão Literária que buscou artigos e obras científicas publicados nos últimos 10 anos que abordam o assunto em pauta. **Resultados:** Existe um número considerável de pessoas que sofrem por serem dependentes químicos e a maioria dessa população é do sexo masculino. O profissional de enfermagem busca de várias formas intervir para a melhora do quadro instalado

¹ Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, GO, Brasil.

² Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, GO, Brasil.

³ Possui graduação Física, Licenciatura e Bacharelado, pela Universidade Estadual de Londrina (1989), mestrado em Ciências, área de concentração Astronomia, pela Universidade de São Paulo (1992) e doutorado em Ciências, área de concentração Astronomia, pela Universidade de São Paulo.

desse usuário, porém a precariedade de recursos destinados para essa área se torna um empecilho, na busca dos resultados desejados. **Conclusão:** Embora no Brasil os poucos tipos de tratamentos oferecidos estejam voltados para a área curativa ou seja, de reabilitação a ação preventiva ainda é o principal recurso que o profissional de enfermagem encontra para lidar com o consumo excessivo de drogas e com aqueles que já são dependentes. Cabe ao próprio profissional a busca de novos conhecimentos e inovações para conseguir reabilitar esse usuário e oferecer apoio com qualidade aos seus familiares.

Palavras-Chave: Dependência química. Assistência da enfermagem. Tratamento.

ABSTRACT

*Drug abuse is currently one of the biggest problems in society, so the **objective** of this study was to talk a little more about the drug user, the treatments most used by nurses and the assistance of the nursing team provided to dependents chemists and their families. **Methods:** We sought, through bibliographic research in books, magazines, scientific articles, academic publications and electronic documents published in the last 10 years, to address the subject in question. **Results:** There are a considerable number of people who suffer from drug addiction and the majority of this population is male. The nursing professional seeks in several ways to intervene to improve the installed status of this user, but the precariousness of resources destined for this area becomes an obstacle in the search for the desired results. **Conclusion:** Although in Brazil the few types of treatments offered are aimed at the curative area, that is, from rehabilitation to preventive action, it is still the main resource that the nursing professional finds to deal with the excessive consumption of drugs and those who are already dependent and it is up to the professional himself to search for new knowledge and innovations to be able to rehabilitate this user and offer quality support to his family.*

Keywords: Chemical dependency. Nursing assistance. treatment.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um fenômeno que vem se alastrando no mundo todo, inclusive no Brasil, fazendo crescer o consumo excessivo de certas substâncias psicoativas, levando muitas pessoas à dependência. A dependência química consiste justamente na perda do controle ou uso abusivo da droga, o que torna esse problema um dos maiores da sociedade atual e, conseqüentemente, causa enorme prejuízo à Saúde Pública.¹

Os fatores que influenciam diretamente uma pessoa a se tornar dependente químico frequentemente estão relacionados a uma infância conturbada, onde se constata situações de violência doméstica, abuso sexual e pais ausentes, dentre outros fatores. Com todos esses problemas, o indivíduo busca um refúgio, um ponto de escape e acaba por fazer uso de drogas psicoativas, tentando fugir desses diversos problemas pessoais.²

Quando um indivíduo deseja abandonar a dependência química, ele se vê diante de várias opções de tratamentos, tanto medicamentoso, como alternativos, como a musicoterapia e terapia com animais. A escolha do tratamento depende da gravidade ou grau de dependência que cada indivíduo manifesta, pois existem aqueles recentemente viciados pelas drogas e aqueles que já são usuários há mais tempo, tendo desenvolvido sintomas secundários adicionais, tais como problemas

físicos ou até mesmo mentais.³

Para realizar o atendimento dessas pessoas, existem profissionais habilitados como os enfermeiros, que assumem um papel de extrema importância frente a esse problema social. Dessa forma, o enfermeiro passa a trabalhar e desempenhar atividades voltadas ao diagnóstico e cuidado da saúde do dependente químico. Portanto, a presença de uma equipe de enfermagem é de extrema necessidade em qualquer clínica, comunidade terapêutica ou centro de reabilitação que lide com a dependência química.⁴

Para atuar nesse tipo de atendimento, o profissional de enfermagem precisa ter conhecimento sobre os diversos tipos de drogas e os efeitos causados por elas no organismo, saber reconhecer os sinais e sintomas apresentados pelo usuário, compreender os fundamentos básicos de saúde mental, aperfeiçoar seus conhecimentos sobre transtornos mentais e ainda alguma noção de psiquiatria.⁵

Devido à carência de contribuições científicas publicadas abordando o consumo de drogas e o atendimento do profissional de enfermagem aos seus dependentes, é necessária e justificável a realização de estudos exploratórios e bibliográficos acerca deste assunto.

O objetivo desse trabalho é obter um conhecimento um pouco melhor sobre o comportamento e motivação do usuário de drogas, os tratamentos empregados nesses casos e a assistência da equipe de enfermagem prestada aos dependentes químicos e seus familiares.

METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir de uma Revisão Literária realizada nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), BDNF (Base de Dados em Enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), abrangendo os artigos publicados no período entre 2010 a 2020.

Os descritores utilizados foram: Dependência química; Assistência da enfermagem e Tratamento, essa seleção está de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Nas bases de dados foram encontrados 98 artigos que continham apenas textos originais. O critério de inclusão baseou-se nos descritores e no período de publicação. Foram excluídos os textos em duplicada nas bases.

DISCUSSÃO

De acordo com dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que, atualmente, cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão, cerca de 26 milhões de pessoas sofrem com a esquizofrenia e mais de 125 milhões de pessoas são afetadas pelo uso de álcool e outras drogas no mundo todo. Esses dados indicam que esse é um grave problema enfrentado pela sociedade.⁶

Tais problemas podem ser fatores que motivam as tentativas e/ou êxitos de suicídio entre a população: nos dias de hoje aproximadamente 844 mil pessoas tem como causa da morte o suicídio a cada ano. No Brasil, estima-se que cerca de 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) sejam gastos durante o ano com problemas relacionados ao álcool. O ministério da Saúde aponta que, a cada ano, o custo social referente a problemas devido ao abuso de álcool gira em torno de R\$251,119 bilhões⁷, quando o PIB brasileiro no ano de 2010, por exemplo, corresponde a um valor aproximado de 3.439,997 bilhões de reais (3,4 trilhões)⁶.

Os dados apontam que, no Brasil, aproximadamente 12,3% da população

pode ser considerada dependente de álcool, segundo os critérios do Código Internacional de Doenças-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV, mostrando que a prevalência é de 17,1% entre os homens e 5,7% entre as mulheres, o que mostra uma alta prevalência quando comparada com outras condições de saúde.^{6,7}

Podem-se notar diversos sintomas nos dependentes químicos definidos pela literatura que são fáceis de serem identificados, dentre eles aspectos relacionados à depressão, estresse traumático, ansiedade, levando até ao suicídio. Assim como déficit de atenção, desvio de conduta e distúrbio de hiperatividade também podem ser notados. Esses sinais indicam que o indivíduo necessita de ajuda para fim de tratar o problema uma vez que este já está instalado.⁸

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante em suas diretrizes que esses usuários recebam acesso ao tratamento adequado, se encaixando no princípio da universalidade, assim como suas famílias. Esse direito deve ser oferecido em todos os níveis de atenção básica a saúde e não somente naqueles especializados. Com isso a atenção primária se torna a porta de entrada dos usuários de drogas para um atendimento direcionado a realizar o acolhimento desses indivíduos.⁹

Alguns dos lugares destinados a cuidar dessas pessoas são os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, onde a prática assistencial da enfermagem é voltada para este campo específico de conhecimento, na qual desenvolvem atividades de sua competência como por exemplo a administração de medicamentos, controle de sinais vitais, coletas de exames e o acompanhamento contínuo no período inicial da abstinência do dependente.^{4,10}

O enfermeiro ainda se insere no contexto dos CAPS que cuidam dos dependentes, nos grupos terapêuticos, nas oficinas e em reuniões de equipe. Dentre todas essas funções, aquelas relacionadas às atividades em grupo evidenciam inserção efetiva do enfermeiro na dinâmica do serviço assistencial. A inserção do profissional nessas práticas apontam que, nesses espaços, tem sido exigido do enfermeiro um novo saber, construído a partir da realização prática interdisciplinar, o que de certa forma tem contribuído para torná-lo um profissional mais autônomo.^{10,11}

O enfermeiro percebe o paciente como uma pessoa que manifesta alterações no fator cognitivo, o que irá se refletir na sua maneira de agir, interferindo de forma negativa na vida do dependente, tanto no âmbito familiar como no social. Com isso a equipe de enfermagem pode atuar oferecendo um cuidado mais humanizado, levando apoio e compreensão para esses usuários, o que resulta em um tratamento mais eficaz, reestabelecendo o estado cognitivo do paciente, estimulando sua autoestima e autonomia, contribuindo para que ocorra sua reabilitação psicossocial.^{10,12}

Porém, há outros fatores que podem dificultar essa. A quantidade de investimentos para essa área ainda é escassa e é possível notar que existe carência quando se trata de recursos materiais e financeiros destinados ao tratamento de dependentes químicos. Isto pode interferir diretamente nas ações desenvolvidas pelos profissionais e na qualidade da assistência realizada pela equipe.¹³

A precariedade muitas vezes instalada nos centros de reabilitações e nas CAPS, acaba afetando não somente o trabalho do profissional, mas também atingido diretamente o próprio profissional de enfermagem que, por muitas vezes, fica sobrecarregado, desanimado e até desiludido com as condições de trabalho oferecido, gerando frustrações que se tornam um empecilho para que consigam solucionar certos casos vivenciados por eles na prática do seu dia a dia.^{13,14}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade, a dependência química é um grande problema social e, conseqüentemente, também da saúde pública. No Brasil, as ações de orientação, promoção e de prevenção voltadas para os dependentes químicos ainda são disponibilizadas informalmente, constando poucos registros de publicações científicas destinadas aos profissionais de enfermagem nessa área. Sabe-se também que há a ausência de incentivos governamentais, bem como a falta de interação dos órgãos competentes destinados para tal serviço.

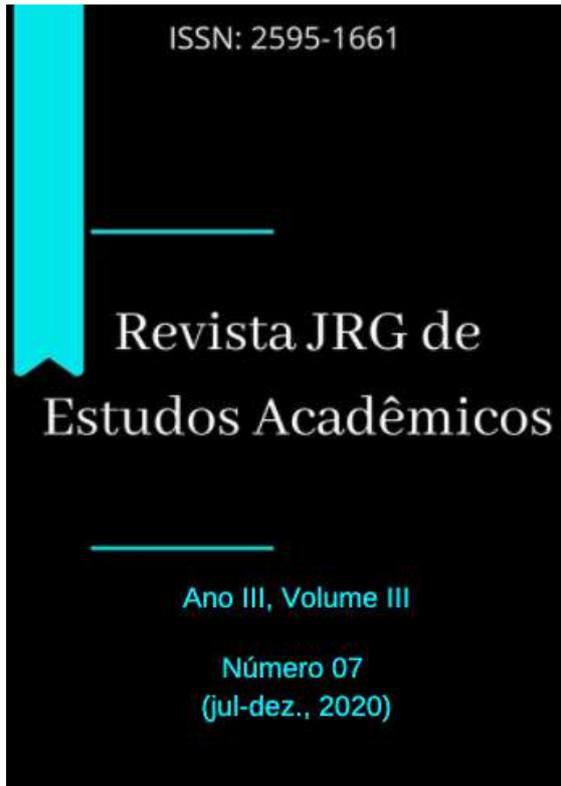
Pode-se concluir que, embora no Brasil os poucos tipos de tratamentos oferecidos estejam voltados para a área curativa ou seja, de reabilitação, a ação preventiva ainda é o principal recurso que o profissional de enfermagem encontra para lidar com o consumo excessivo de drogas e com aqueles que já são dependentes e viciados.

Cabe ao enfermeiro se preparar e adquirir um conhecimento abrangente sobre as drogas e seus efeitos para então, fornecer uma assistência adequada e com qualidade, se comprometendo com o dependente e sua família para que juntos possam alcançar o objetivo almejado, isto é, o tratamento e cuidado do dependente químico. Para isso, é essencial não se ater somente no que é imposto pela sociedade mantendo suas atividades típicas e rotineiras, mas sim trabalhando de forma mais humanizada e dedicada ao prestar seus serviços.

REFERÊNCIAS

1. Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):833-44.
2. Alves A. Dependência Química - Classificação e Diagnóstico. Acessado em 20/09/2020, Disponível em http://www.clinicajorgejaber.com.br/curso/2015/mar_30.pdf
3. Montalvo JF, Goñi JLL, Arteaga A. Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro. Adicciones: Rev Socidroalcohol. 2011; 23(1):5-9
4. Vargas D, Oliveira MAF, Duarte FAB. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan-fev 2011; 19(1):[09 telas
5. Vargas D, Duarte FAB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas: a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. Texto contexto Enferm. 2011; 20(1):119-26
6. Claro HG, Oliveira MAF, Titus JC, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov-dez. 2015; 23(6):1173-80
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

8. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de drogas. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 – 92
9. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. Psicol. Estud. Maringá, abr-jun 2014; 19(2).
10. Santana CS, Pereira MC, Silva DF, Ribeiro LB, Silva RM, Kimura CA. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao dependente químico nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS AD). Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(3): 248-54.
11. Souza IAS, Pereira MO, Oliveira MAF, Pinho PH, Gonçalves RMA. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. Acta Paul Enferm. 2015; 28(5):447-53.
12. Barbosa CRR, Couto FC, Gomes RW, Emmerick V. Atuação do Enfermeiro Frente aos Modelos Substitutivos no Tratamento aos Portadores de Transtornos Mentais.
13. Fonseca EM, Bastos FI. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: Alarcon S, Jorge MAS, organizadores. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012; p15-42.
14. Macedo JQ, Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN, Cunha BMC, Almeida ANS, et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(4): 999-1006.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **21/10/2020**

Data de reformulação: **10/11/2020**

Data do aceite: **19/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281511>

Publicado: **2020-11-19**

**O VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE E A SUA
RELAÇÃO NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO EM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPS AD)**

*THE BOND BETWEEN PROFESSIONAL AND PATIENT AND THEIR
RELATIONSHIP IN ADHERING TO TREATMENT IN A
PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND OTHER
DRUGS (CAPS AD)*

*Lucas Oliveira Amorim¹
Clézio Rodrigues de Carvalho Abreu*

RESUMO

Objetivo: Investigar a partir da análise de dados já publicado se a relação e o vínculo entre profissional e o paciente, usuário de álcool e outras drogas, interferem na adesão ao tratamento da dependência química. **Método:** O estudo baseia-se em uma revisão integrativa da literatura, realizada entre setembro e outubro de 2020, nas bases de dados MEDLINE, PubMed, SciELO e no LILACS e dados e manuais disponíveis nos portais da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Conclusão:** O relacionamento interpessoal entre profissional e paciente é um meio de desenvolver a confiança do usuário, conforto, sentimento de ser respeitado e de ser sujeito participante no processo

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Góias Brasil: lucasaroeira1@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0660-429X>

² Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Possui graduação em Farmácia - COLEGIO SENA AIRES (2009). E-mail: clezioabreu@senaaires.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1511-6917>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0474084524560630>

de tomada de decisão e isso reflete na melhoria da adesão para o tratamento em dependência química.

Palavras-chave: Vínculo. Tratamento. Adesão. Psicossocial Álcool. CAPS AD.

ABSTRACT

Objective: To investigate from the data analysis whether the relationship and the bond between the professional and the patient, users of alcohol and other drugs, interfere in adherence to the treatment of chemical dependency. Method: The study is based on an integrative literature review, carried out between September and October 2020, in the MEDLINE, PubMed, SciELO and LILACS databases and data and manuals available on the World Health Organization (WHO) portals. Conclusion: The interpersonal relationship between professional and patient is a means of developing the user's confidence, comfort, feeling of being respected and of being a participant in the decision-making process and this reflects in the improvement of adherence to treatment in chemical dependence.

Keywords: Link. Treatment. Accession. Psychosocial Alcohol. CAPS AD.

INTRODUÇÃO

No final da década de 1980, começaram a se fortalecer serviços substitutivos nos moldes de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – com o objetivo de oferecer aos usuários um tratamento mais humanizado. No entanto, somente a partir de abril de 2001, quando foi aprovada e sancionada a Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, é que se dá a desinstitucionalização e consolidação dos CAPS⁴.

Nesse contexto de desinstitucionalização, surgem no Brasil na década de 1980, dispositivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo os principais dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico na oferta de uma atenção territorializada e contextualizada, por meio de propostas abertas. Partem do pressuposto de que a própria liberdade é terapêutica, devendo ser abordada como um dos elementos basilares da assistência. Ao longo dos anos 1990 e início dos anos 2000, estes serviços passam por uma série de modificações e ampliações, com o estabelecimento dos tipos e modalidades de CAPS – como o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS ad) –, seu funcionamento e as normas necessárias para cadastramento, obtendo também uma linha de financiamento específica do Ministério da Saúde (MS)¹.

Em março de 2002, foram criados os CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) que são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo oferecendo atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Esses serviços, conforme preconiza o Ministério da Saúde, devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Vale ressaltar que a multidisciplinaridade nesses serviços é de fundamental importância para que os atendimentos possam ser mais humanizados, visando a liberdade e autonomia das pessoas e não a reprodução de discursos³.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração cultural, social e familiar, apoiar suas

iniciativas por busca de autonomia e oferecer atendimento médico e psicológico. Devem funcionar como articuladores estratégicos da rede de atenção à saúde mental, promovendo vida comunitária e autonomia dos usuários⁵.

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um fenômeno presente e preocupante em todo o mundo. Atualmente, estima-se que cerca de 10% da população urbanizada de todo o mundo faz uso abusivo de drogas e que o álcool sozinho é responsável por 3,2% das mortes em todo o mundo⁷.

Entretanto, apesar de criação de políticas nesse sentido, ainda é grande o número de pacientes que desistem antes do término do tratamento. Tal ocorrência é altamente prejudicial às políticas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, uma vez que a eficácia de qualquer tratamento depende estreitamente da adesão do paciente⁶.

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe⁸.

Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo¹².

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica⁸.

Assim, nos serviços de saúde mental, bem como em toda relação entre equipe e usuário, estabelecer vínculo é ponto de partida para a expressão livre e garantia deste e de outros direitos cidadãos⁹.

Dessa forma é preciso investigar se a relação e o vínculo entre profissional e o paciente, usuário de álcool e outras drogas, interferem na adesão ao tratamento da dependência química.

Por conta disto, e reconhecendo a importância desta temática, o presente estudo tem por objetivo conhecer esse binômio profissional-paciente, usuário de álcool e outras drogas, a fim de possibilitar a melhor compreensão dessa relação, contribuir para a reflexão da necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e reorientar a prática dos profissionais de saúde atuantes em saúde mental focados em tratamento para dependência química.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre setembro e outubro de 2020, para a identificação de produções sobre o vínculo entre profissional e paciente e o seu impacto na adesão ao tratamento para dependência química.

Foram estabelecidas seis etapas para a sua constituição: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabela, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.

A pergunta norteadora formulada para a busca das publicações foi: “O

vínculo entre profissional e paciente tem impacto na adesão do tratamento para dependência química?” A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas, realizada no mês de setembro de 2020, nas bases de dados Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), PubMed, Scientific Electronic Library online (SciELO) e no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e dados e manuais disponíveis nos portais da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foram excluídos da pesquisa, artigos que não estavam completos na base de dados, assim como os escritos em outra língua inglesa. Foram utilizados os descritores: vínculo, adesão, CAPS AD.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias (original, revisão de literatura, atualização, relato de experiência etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise, que citasse sobre o tema em questão.

Para a organização e tabulação dos dados, foi elaborado um instrumento de registro de dados (Tabela 1) contendo: autor, ano da publicação, título e objetivo do estudo.

RESULTADOS

Seguindo os critérios de inclusão, 11 estudos foram selecionados para análise, os quais são referenciados no presente texto.

Tabela 1. Características das publicações selecionadas para a revisão

Autor e ano	Título	Objetivo
Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cinthia M.2011	Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia	Analisar os dispositivos que possibilitam o cuidado em saúde mental no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Albuquerque, MCS. ; Breda, MZ. ; Maynard, WHC. ; Silva, DSD. ; Moura, ECM.2016	Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial	Identificar como se estabelece o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, na perspectiva dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II em Maceió, Alagoas.
Malvezzi C, Gerhardinger HC, Santos LFP, Toledo VP, Garcia APRF. 2016	Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório.	Compreender como a equipe multiprofissional concebe a adesão ao tratamento dos usuários inseridos num Caps AD.
Paiano, M, Kurata, VM, Lopes, APAT., Batistela, G.; Marcon, SS	Fatores Intervenientes na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad.	Conhecer os fatores que interferem na adesão de usuários de drogas ao tratamento ambulatorial.
Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. 2015	Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde	Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química.
Scaduto AA, Barbieri V,2009	O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública	Compreender o discurso sobre a adesão ao tratamento.

Gomes, RR., Ribeiro, MC., Matias, EC., Brêda, MZ., Mângia, EF 2015.	Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas.	Analisar sob que circunstâncias ocorre a procura ao serviço e as motivações e expectativas que envolvem este processo e impulsionam a adesão ao tratamento
Nascimento A de F, Galvanese ATC ,2009	Avaliação da estrutura dos centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo.	Descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes nos centros de atenção psicossocial (CAPS)
Alvarez PES. 2019	Percepções e expectativas que afetam a vinculação dos usuários aos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.	Analisar as percepções e expectativas que promovem a vinculação dos usuários ao tratamento.
Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC 2011	Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS AD do Piauí.	Levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Leite SN, Vasconcelos MPC 2003.	Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura	Discutir, a partir de uma reflexão teórica da literatura, os significados adotados pelos autores sobre a adesão à terapêutica, os fatores a ela relacionados e a compreensão que se tem sobre o fenômeno

DISCUSSÃO

A dependência química caracteriza-se como uma doença crônica e multicausal expressa por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, comumente associada a prejuízos em diversos âmbitos da vida do indivíduo¹⁷.

Para tornar esse quadro menos agravante, o tratamento para dependência química requer múltiplas intervenções psicoterapêuticas e sociais, a partir de uma equipe multiprofissional que considere o indivíduo em sua totalidade, visando à reabilitação e à reinserção social desse indivíduo¹⁴.

Após o início do tratamento, sua continuidade caracteriza-se como um percurso difícil de atingir, pois à medida que os usuários de drogas enfrentam obstáculos como o lapso e a recaída, poucos conseguem se manter abstinente e aderir ao tratamento¹⁴.

Um dos fatores que podem contribuir para os altos índices de evasão do serviço e redução no tempo de permanência é a falta de vínculo com a unidade e/ou profissional por receberem um atendimento pouco acolhedor. O usuário que chega até um CAPS ad, em maioria, possui perda de grandes vínculos – familiares, trabalho, amigos- e partindo dos pressupostos estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, o serviço deve ser capaz de auxiliar o indivíduo a estabelecer e manter os vínculos saudáveis e duradouros reduzindo assim a vulnerabilidade aos fatores de risco para o consumo de álcool ou outras drogas¹⁷.

Essa perspectiva mostra-se evidente em uma pesquisa desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do estado do

Piauí, realizada com 227 dependentes químicos em tratamento, a qual explicou que 56,8% (n=129) abandonaram o tratamento².

Esse cenário também se comprova internacionalmente, pois se estima que entre 20 e 70% dos indivíduos que iniciam o tratamento psicossocial não o concluem¹⁴.

Entrementes, outro estudo realizado na Espanha revelou que, entre 57 dependentes químicos em tratamento em uma unidade de reabilitação, 52,9% abandonaram o tratamento em um período de até seis meses¹⁴.

A importância da relação paciente-profissional também foi observada em um estudo sobre a relação entre fatores relativos ao tratamento em si e adesão⁸, no qual a percepção dos pacientes sobre seu contato com o terapeuta como relação de ajuda foi associada a uma melhor adesão¹⁵.

Um estudo avaliou a percepção de adolescentes dependentes sobre os serviços que esses utilizavam e sua adesão. Os fatores associados com melhor adesão foram a severidade da dependência química, uma percepção positiva das habilidades dos terapeutas, além de ter poucos colegas usuários de drogas¹⁵.

Acerca da interferência do serviço de saúde na adesão ao tratamento, pesquisa desenvolvida com 12 profissionais de saúde de um serviço para dependência química de Ribeirão Preto-SP registrou a importância da equipe de saúde e da instituição no processo de adesão. Mencionou, ainda, que os profissionais são facilitadores da afiliação do dependente químico ao tratamento a partir de uma relação de confiança e de acolhimento¹⁵.

As relações pessoais que os usuários constroem no serviço, tanto com os profissionais de saúde quanto com os outros usuários, fazem com que eles se sintam a vontade para expressar opiniões, angústia e sentimentos. Isso fortalece o vínculo com os profissionais e, por consequência, faz com que os pacientes desenvolvam confiança nos profissionais e se sintam valorizados pelo serviço¹¹.

É importante ressaltar que o desenvolvimento de um clima passível de atitudes psicológicas facilitadoras, como a autenticidade, a sinceridade, a aceitação incondicional, o interesse pelo outro e a empatia na relação pessoa-pessoa, favorece a ativação do vínculo, o que possibilita a pessoa utilizar recursos para a autocompreensão e para a modificação de seus conceitos⁴.

A adesão ao tratamento envolve o estabelecimento de vínculo entre o usuário do serviço e equipe de saúde, de forma que haja compromisso mútuo, nas atividades integradas ao tratamento e o favorecimento de mudanças no comportamento em relação ao uso de drogas¹⁶.

A adesão ao tratamento torna-se imprescindível para o gerenciamento desse transtorno, pois da adesão dependem o sucesso da terapêutica proposta, a minimização dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a redução de possíveis doenças e agravos, a motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social¹⁸.

A adesão muitas vezes é considerada um fenômeno que se limita ao paciente. Existem vários fatores que afetam a adesão, incluindo aqueles relativos à equipe de saúde, aos profissionais e ao local onde a pessoa realiza seu tratamento. O acolhimento ao paciente possibilita a criação de vínculo com os profissionais, a equipe e o serviço de saúde¹².

A compreensão da equipe multiprofissional sobre a adesão ao tratamento dos usuários do CAPS ad é desenvolvida a partir da construção do vínculo, que se apoia na forma como o usuário é acolhido no serviço, com destaque a atitude

acolhedora. Tal entendimento pode contribuir para a abertura da possibilidade de construir uma proposta de tratamento sustentada pela relação terapêutica, o que facilita o reconhecimento das necessidades individuais por colocar o usuário como foco central das ações¹⁰.

A concepção de adesão ao tratamento dos usuários inseridos no CAPS AD, referida pelos sujeitos deste estudo, está diretamente relacionada à capacidade de se construir um bom vínculo entre o usuário e o profissional de saúde. O vínculo é definido como uma relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e a pessoa em tratamento, permitindo que esta reconheça o serviço como capaz de satisfazer suas necessidades, amparada por profissionais interessados pela vida daquele que demanda o cuidado e não somente em sua patologia¹⁰.

Os autores¹³ discutiu a tendência de investigar a adesão ao tratamento realizado no CAPS sob uma perspectiva exclusivamente biomédica, posicionando por reconhecer como um fenômeno múltiplo e complexo a partir da diversidade de intervenções que o tratamento exige e da complexidade dos atores sociais. que compõem este cenário. Afirmou que a adesão ao tratamento consiste em um processo de vinculação do usuário, que se inicia no momento da colocação e termina quando o usuário é retirado do serviço por meio da alta assistida. Processo que, embora relacionado ao usuário, é desenvolvido por meio da interação com outros usuários, familiares ou membros da equipe, e pela influência de fatores micro e macroestruturais.

Destaca-se ainda, que em relação ao serviço, a atuação da equipe multiprofissional foi citada como fator positivo na manutenção do propósito em manter a adesão ao tratamento. Neste sentido, ressaltaram o acolhimento, projeto terapêutico singular, atividades em grupo e a disponibilidade dos profissionais em atender a demanda de pacientes, estando sempre dispostos a ouvir e a aconselhar¹¹.

O relacionamento interpessoal é facilitado quando o profissional privilegia a formação de vínculo com o usuário ao apresentar uma conduta de abertura favorecedora da confiança, aceitação, cuidado. Esta relação vai acontecendo quando se possibilita o atendimento individual, ocorre com o passar do tempo⁹.

O vínculo, então, favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde. Desse modo, propicia o desenvolvimento da coresponsabilização, da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental⁸.

Neste aspecto, é preciso atentar para algumas peculiaridades do atendimento em CAPS e para a importância decisiva que tem o relacionamento interpessoal para que tais possibilidades encontrem formas para se concretizar⁹.

Além disso, cabe à equipe de saúde que cuida do usuário com transtorno mental proporcionar ambiente terapêutico, espaço onde possa ser considerado de modo integral. Neste contexto, o relacionamento interpessoal é um meio de desenvolver a confiança do usuário, conforto, sentimento de ser respeitado e de ser sujeito participante no processo de tomada de decisão⁹.

Quando o usuário se refere à relação interpessoal, faz uma analogia à relação que desenvolve com os profissionais do serviço. O agir deste profissional pode levá-lo a sentir-se seguro, com confiança, recebido e acolhido; caso contrário, quando a relação não desenvolve o potencial da positividade do

vínculo, pode gerar dificuldades, desconfiança e distanciamento. Quanto maior o vínculo, maior é a possibilidade de influenciá-lo, principalmente no sentido de amenizar o sofrimento⁹.

Ressalta-se que a motivação sofre influência de fatores externos e internos ao indivíduo, tal reconhecimento pode favorecer a ação dos profissionais quando identificam, por meio da atitude acolhedora, os aspectos motivacionais, e os utilizam para organizar a proposta terapêutica, o que pode fortalecer o vínculo e, por consequência, a adesão ao tratamento¹⁰.

Outro estudo, também comentado pelos autores¹⁹ entre pacientes e profissionais, ressaltou a importância de se criar uma relação de confiança a fim de facilitar a adesão ao tratamento.

Desta forma, o desenvolvimento da relação terapêutica pode tornar-se uma alternativa tanto de tratamento como de efetivação da adesão e responde a demandas pautadas na concepção da integralidade do cuidado. Sendo assim, é importante que essa resposta seja ofertada por uma equipe multiprofissional, pois essa dimensão favorece o reconhecimento de distintos fatores que podem contribuir para o entendimento do pedido, e diversificar as possibilidades de resposta, o que pode promover a instalação de vínculos singulares e duradouros¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão aponta algumas informações que levam a reflexões sobre a importância do vínculo e levanta a possibilidade de outras pesquisas que possam intervir junto ao CAPS na tentativa de melhorar a adesão desses pacientes proporcionando assistência e cuidado qualificado e humanizado.

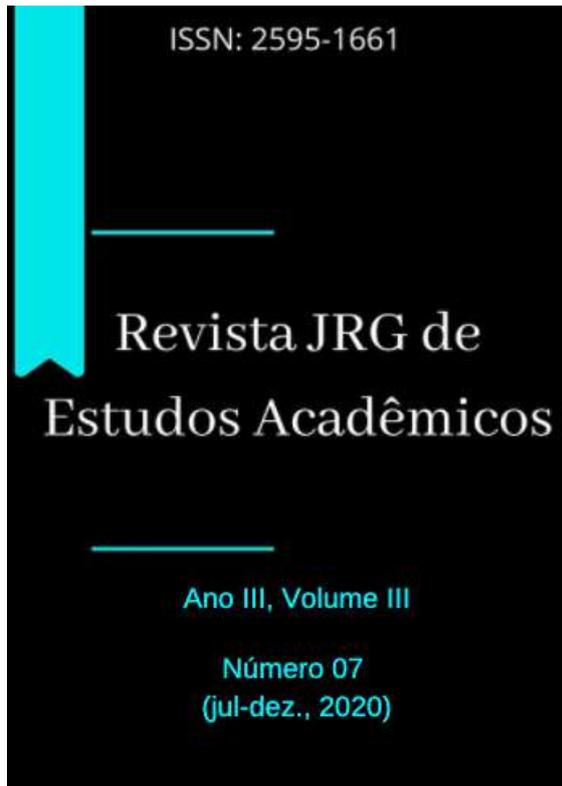
É preciso conscientizar os profissionais sobre as especificidades dos serviços de CAPS AD, no qual a demanda é subjetiva e ampliada. O olhar ao usuário deve ir além da doença ou uma simples queixa verbal. Os profissionais que compõe a equipe do CAPS, dentre eles o enfermeiro, devem se esforçar em manter-se sensível ao que é exposto nas palavras, nos gestos, no olhar, no tom da voz, no contexto trazido pelo usuário e em outras tantas sutilezas que só a escuta qualificada e o olhar sensível são capazes de alcançar no processo do relacionamento interpessoal entre profissional e paciente.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: MS 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15 anos Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf.
3. Dimenstein M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol. Estud* 2001 Maringá , v. 6, n. 2, p. 57-63, Dec.
4. Nascimento A de F, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública* . 2009; 43(Supl 1): 8-15

5. Larentis CP, Maggi A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. Aletheia [Internet]. 2012 Abr; (37): 121-132.
6. Moraes E, Campos GM, Silva SP, Figlie NB, Laranjeira R. Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. Rev Bras Psiqu. 2005;27:347-8.
7. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. . A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Rev Psiqu Clín. 2008;35:82-8.
8. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cinthia M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 July 16(7): 3051-3060.
9. Albuquerque, MCS. ; Breda, MZ. ; Maynart, WHC. ; Silva, DSD. ; Moura, ECM. . Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. Revista Cogitare Enfermagem 2016 , v. 21, p. 01-09.
10. Malvezzi C, Gerhardinger HC, Santos LFP, Toledo VP, Garcia APRF. Adesão ao tratamento pela equipe de um serviço de saúde mental: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói 2016 v. 15, n. 2, June.
11. Paiano, M, Kurata, VM, Lopes, APAT., Batistela, G.; Marcon, SS. Fatores Interferentes na Adesão ao Tratamento de Usuários de Drogas Atendidos no Caps-Ad. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 2019, 11(3), 687-693.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf.
13. Alvarez PES. Percepciones y expectativas que inciden en la vinculación de los usuarios a los Centros de Atención Psicossocial en Brasil. Interface, Botucatu. 2019 ; 23: e190117.
14. Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. Rev Min Enferm. 2015;19(2):150-6.
15. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(2):605-14.
16. Vasters, GP; Pillon, SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesões e abandono de tratamento especializado. Revista Latino Americana de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011, vol.19, n.2, pp.317-324.
17. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani LP. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. Cogitare Enferm. 2013;18(3):468-74
18. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPSad do Piauí. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(1):90-5

19. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.
20. Gomes, RR., Ribeiro, MC., Matias, EC., Brêda, MZ., Mângia, EF. Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 2015, 26(3), 326-335.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **01/11/2020**

Data de reformulação: **11/11/2020**

Data do aceite: **19/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281529>

Publicado: **2020-11-19**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS SUBMITTED TO TOTAL HIP ARTHROPLASTY

*Marilane de Araujo Moura¹
Ana Paula de Souza Tenório Custódio²*

RESUMO

A artroplastia total do quadril consiste em um procedimento cirúrgico complexo que tem como alguns de seus objetivos devolver a capacidade articular e a mobilidade do indivíduo, além de cessar as dores. Comumente é recomendado quando há um processo degenerativo agravado na articulação, além das constantes dores, provocadas até mesmo em estado de repouso. A complexidade da intervenção está no fato de que demanda profissionais bem capacitados para realizar o procedimento, além de apresentar alguns possíveis riscos de complicação para a integridade física e a saúde do paciente. Não por acaso há uma equipe multidisciplinar envolvida nas etapas que compreendem a intervenção, os cuidados e reabilitação. Entre os profissionais está o enfermeiro, que possui uma série de atribuições voltadas para o cuidado ao paciente. Mediante essas considerações, o projeto tem como objetivo

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5048-2744>. E-mail: marilane099@gmail.com.

² Possui graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2009), especialização em Enfermagem em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Saúde no Hospital das Clínicas / Universidade Federal de Pernambuco (2013) e mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2016).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4699-3269>. E-mail: paulinhatenorio15@gmail.com

discutir a importância da Enfermagem nos cuidados aos pacientes submetidos à artroplastia total do quadril. Para isso o trabalho propõe abordar sobre a anatomia relevante do quadril e os aspectos gerais da artrose, uma doença que ao se desenvolver, provoca agravos para a articulação. Além disso, buscar-se-á discorrer sobre a artroplastia total do quadril e identificar a importância do enfermeiro no processo de cuidado do paciente submetido à essa intervenção. O projeto consistirá numa revisão bibliográfica, com seleção de artigos e estudos em geral diretamente em algumas bases de dado, como a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Palavras-Chave: Artroplastia. Quadril. Enfermagem.

ABSTRACT

Total hip arthroplasty consists of a complex surgical procedure that aims to restore the individual's joint capacity and mobility, in addition to causing pain. It is commonly recommended when there is an aggravated degenerative process in the joint, in addition to constant pain, caused even in a resting state. The complexity of the intervention lies in the fact that it requires well-trained professionals to perform the procedure, in addition to presenting some possible risks of complications for the patient's physical integrity and health. It is not by chance that there is a multidisciplinary team involved in the stages that comprise intervention, care and rehabilitation. Among the professionals is the nurse, who has a series of duties aimed at patient care. Based on these considerations, the project aims to discuss the importance of nursing in the care of patients undergoing total hip arthroplasty. For this, the work proposes to approach the relevant anatomy of the hip and the general aspects of arthrosis, a disease that, when developing, causes injuries to the joint. In addition, we will seek to discuss the total hip arthroplasty and identify the importance of the nurse in the care process of the patient undergoing this intervention. The project will consist of a bibliographic review, with selection of articles and studies in general directly in some databases, such as the Electronic Scientific Online Library (SciELO) and Virtual Health Library (VHL).

Keywords: Arthroplasty. Hip. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A articulação do quadril é de grande importância para a mobilidade humana e, quando comprometida, pode gerar muitos problemas que incidem diretamente sobre a qualidade de vida das pessoas. Um dos problemas que mais afetam essa região é a artrose no quadril, que provoca um processo de degeneração articular, que pode se agravar ao longo do tempo e limitar o indivíduo na realização de diversas tarefas básicas, além de provocar dores constantes. Em casos mais agravados, são recomendadas intervenções diversas, como a artroplastia.¹

Esse procedimento consiste na reconstrução da articulação do quadril por meio da colocação de uma prótese total ou parcial, por causa da degeneração completa ou parcial desta articulação.¹ Entre os principais objetivos desse procedimento está o de promover o restabelecimento da função articular e o retorno dos pacientes às

atividades cotidianas e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida. No entanto, destaca-se que esse processo é complexo, e assim sendo, demanda múltiplos cuidados de toda a equipe.²

Entre um destes profissionais de grande importância está o enfermeiro, que tem uma série de atribuições ao longo de todo o processo envolvendo o paciente.³ Em definição consensual, o enfermeiro tem o objetivo de cuidar do paciente, oferecendo suporte e condições para que o mesmo venha a ter uma boa recuperação.⁴ Para que o procedimento cirúrgico tenha sucesso, é importante que o paciente siga as orientações que são repassadas pelo enfermeiro, principalmente no que tange às suas posições e movimentações.⁵

Essas são apenas algumas atribuições do enfermeiro, entre muitas outras que são desempenhadas. Considera-se que existem poucos materiais dentro dessa temática, sendo assim necessária um aprofundamento sobre a bibliografia disponível, de modo a tecer maiores reflexões acerca da atuação deste profissional neste tipo de intervenção.

1.1 PROBLEMA

Qual é a importância da enfermagem na assistência do paciente submetido à artroplastia total do quadril?

1.2 HIPÓTESE

Entendendo que artroplastia é um processo complexo e que envolve alguns riscos importantes à saúde e integridade física do paciente, há a hipótese de as habilidades e capacidades do enfermeiro são essenciais ao longo do processo, principalmente nas etapas pós operatório. Em razão da recente intervenção, o paciente precisa permanecer em repouso, mas seguindo as devidas orientações da enfermagem, principalmente em relação à posturas e movimentos, de modo a não criar tensões no local submetido ao procedimento cirúrgico.

1.3 JUSTIFICATIVA

A justificativa para este estudo está na necessidade de elaboração de mais materiais na área da enfermagem que venha a abordar sobre as especificidades da prática do enfermeiro nos cuidados aos pacientes submetidos à complexa intervenção cirúrgica que é a artroplastia total do quadril. Mais além da elaboração de um material, há também a necessidades de maiores reflexões acerca do papel do enfermeiro no processo de cuidado, principalmente no que concerne aos impactos que têm para a vida daqueles que são atendidos por estes profissionais.

1.4 OBJETIVO GERAL

Discutir sobre a importância da Enfermagem nos cuidados aos pacientes submetidos à artroplastia total do quadril.

1.4.1 Objetivos Específicos

- Abordar sobre a anatomia relevante do quadril;
- Apresentar aspectos gerais da artrose;
- Discorrer sobre a artroplastia total do quadril;
- Identificar a importância da Enfermagem na assistência ao paciente.

1.5 METODOLOGIA

O projeto consiste em uma revisão bibliográfica, onde buscou-se estudos diversos relacionados ao tema e problema proposto. A seleção dos artigos e documentos foram feitos em algumas bases de dados importantes, como a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A seleção dos estudos atendem alguns critérios básicos, entre eles: 1) relevância com o tema pesquisado; 2) publicações em inglês e português; 3) estudos disponibilizados na íntegra; publicados nos últimos dez anos. Importante mencionar sobre a necessidade de recorrer a estudos com maior tempo de publicação. Os descritores abordados na pesquisa foram: Artroplastia; Quadril; Enfermagem.

2. ANATOMIA DO QUADRIL

A anatomia do quadril é considerada uma das mais complexas e ao mesmo tempo mais importantes do corpo, responsável pela sustentação de parte do peso corporal e também pela mobilidade humana. Assim, é fundamental que os profissionais da saúde, dos diferentes campos de intervenção, tenham conhecimento acerca dos ossos que fazem a sua composição e também das suas articulações, como forma de melhor compreender as possíveis patologias que acometem a região, que em geral provoca diversas complicações para a mobilidade dos indivíduos, necessitando assim de intervenções.^{1,2}

O quadril é formado pela fusão de três ossos: ílio, ísquio e púbis. O indivíduo ao nascer tem esses ossos separados, e a junção dos mesmos são completadas em torno dos 25 anos de idade. Importante também considerar que os ossos do quadril, são articulados outros ossos, como o fêmur, através do acetábulo, que é uma cavidade localizada na face lateral do quadril. Cita-se também a pelve, estrutura formada pelos ossos do quadril, o sacro e o cóccix. A cintura pélvica vai formar a raiz de implantação dos membros inferiores.⁶

Ainda é relevante descrever que, em relação aos ossos do quadril, estes estão articulados anteriormente entre si e cada osso recebe o fêmur, originando assim a articulação do quadril. O osso do quadril, também denominado de osso ilíaco, é um osso par, de característica laminar, chato e irregular.⁷

Também é relevante ponderar que, além dos ossos que se articulam nessa região, há também outras estruturas que são vitais, como os músculos, que apresentam funções diversas em relação à articulação do quadril.⁷

A articulação do quadril, também conhecida como acetábulo-femoral, é responsável pela transmissão de cargas axiais do tronco e também dos membros superiores para os membros inferiores, tanto na posição estática como na dinâmica, em locomoção.^{7,8}

Além da estabilidade que apresenta, também é importante destacar acerca da boa mobilidade articular, possibilitando movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna, externa e movimento de circundação. A articulação ainda conta com uma camada de cartilagem, conforme pode ser observado na figura acima, que possibilita a realização dos movimentos, dentro dos limites, com pouco atrito.⁸

Quando ocorre o desgaste ou degradação da cartilagem, há naturalmente uma redução nos graus de movimentação, além de dores.¹ Esse desgaste e/ou perda dessa capacidade de mobilidade em razão de complicações articulares, podem se dar por diversas causas, como a artrose, uma doença caracterizada por alterações bioquímicas, metabólicas e fisiológicas na cartilagem articular com lesões na

superfície da cartilagem, exposição do osso subcondral e diminuição do espaço articular.⁹

Em casos avançados a doença compromete de maneira significativa a mobilidade articular, levando inclusive a dores. Nestes casos, a artroplastia é recomendada a pacientes. Trata-se de um procedimento cirúrgico ortopédico que visa substituir, remodelar ou realinhar uma articulação. É considerada ainda uma cirurgia eletiva, que tem por objetivo aliviar a dor, restaurar a mobilidade e a capacidade funcional de uma articulação lesionada.¹

2.1 ARTROSE NO QUADRIL

A artrite é um termo comumente utilizado para descrever diferentes doenças que provocam danos nas articulações do corpo. A artrose, que tem como sinônimos a osteoartrose e a osteoartrite, é a forma mais comum de artrite e resulta de vários padrões de disfunção articular, caracterizando-se por um processo degenerativo da cartilagem articular e simultânea proliferação de tecido ósseo, cartilagem e tecido conectivo. Esse processo provoca bastante atrito entre os ossos, tendo como consequência a dor.¹⁰

A literatura ainda aponta que a combinação desses fatores pode ocasionar além das dores, o bloqueio e a limitação funcional dos indivíduos, com prejuízos diretos sobre a qualidade de vida. No curso do processo de evolução da doença, os indivíduos comumente sentem dores ao realizarem esforços mais intensos, no entanto conforme o desenvolvimento da doença, as dores podem se manifestar em esforços menos intensos e até mesmo em período de repouso.^{1,10}

Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento da doença, entre eles está o gênero, idade, tipos de traumas, uso excessivo, genética e a obesidade. Parece que a sinóvia, o osso e a cartilagem são os três principais tecidos atingidos pelos mecanismos patológicos, sendo que esta última recebe maior atenção em estudos voltados para a osteoartrose, tendo em vista que há uma geralmente um processo de degradação mais intenso.¹¹

Alguns estudos consideram que tanto o início quanto a progressão da doença podem seguir padrões diversificados, sendo promovidos por fatores mecânicos, que incluem imobilização que reduz a carga e conseqüentemente interrompe a pressão na articulação, o impacto que tende a provocar danos na cartilagem como resultado de forças de cisalhamento, alterações cinemáticas é a cartilagem que tem histomorfologia que se desenvolve através de solicitações de carga e é dependente de sua localização na articulação e outras anormalidades mecânicas como o estímulo da camada de crescimento do osso subcondral e instabilidade articular decorrente do dano mecânico.¹⁰

Neste sentido, compreende-se a existência de múltiplos fatores que podem contribuir com o início da doença e também com a sua progressão. Além do mais, sabe-se que a doença é responsável por diferentes graus de comprometimento funcional, que naturalmente afeta as atividades que são realizadas cotidianamente pelos indivíduos, impactando também de modo negativo em aspectos econômicos e também de qualidade de vida.^{10,12}

Desse modo, o diagnóstico precoce e o tratamento são fundamentais, de modo a regredir o quadro de dor apresentado e também melhorar a função articular do paciente, retardando a progressão da doença. Na ocorrência da doença em modo lento, sem uma causa aparente, esta é denominada de artrose primária ou senil, típica do idoso. Ocorre principalmente em mulheres adultas, após os 40 anos de idade. Alguns estudos têm apontado que a taxa mundial em relação à artrose está em torno

de 5% em indivíduos com menos de 30 anos, atingindo de 70% a 80% de pessoas com mais de 65 anos de idade.¹

Assim, parece que quanto maior a idade, maiores as chances de desenvolver a doença. Há também a artrose secundária, que têm como principais causas os acidentes, necrose asséptica da cabeça do fêmur, doenças reumáticas, doenças da infância e sequelas de infecção. É importante fazer um complemento em relação aos acidentes de trânsito, que acometem principalmente pessoas adultas, jovens do sexo masculino que se envolvem em acidentes, principalmente com motocicletas.¹

As regiões mais afetadas pela doença são as mãos, joelho e quadril, gerando grandes prejuízos funcionais aos indivíduos, principalmente quando envolve membros inferiores.¹³ Atividades básicas como caminhar, sentar, agachar e levantar ficam comprometidas,¹ e geralmente o paciente precisa recorrer a medicações e/ou tratamentos para o controle da dor e/ou melhoria na mobilidade. Alguns estudos apontam que o tipo de intervenção precisa ser baseado no estágio de degradação da articulação e da resposta da doença aos tratamentos considerados menos invasivos.¹⁰

Como exemplo cita-se o tratamento com fármacos, que geralmente são recomendados sempre que a dor e a função articular apresentam melhoras e não há progressão da doença. No caso de progressão da doença, geralmente utiliza-se procedimentos que são considerados pouco invasivos, como artroscopia, que podem proporcionar melhoras. Há ainda a possibilidade de procedimentos abertos, como o implante de condrocitos autólogos ou substituição com enxerto autólogo osteocondral.¹⁰

Os estudos ainda abordam sobre a necessidade de realização de artroplastia total de substituição da articulação, procedimento cirúrgico realizado pelo médico ortopedista quando há necessidade de troca ou restauração da articulação natural por um implante, visando a recuperação do movimento e funcionalidade do quadril.²

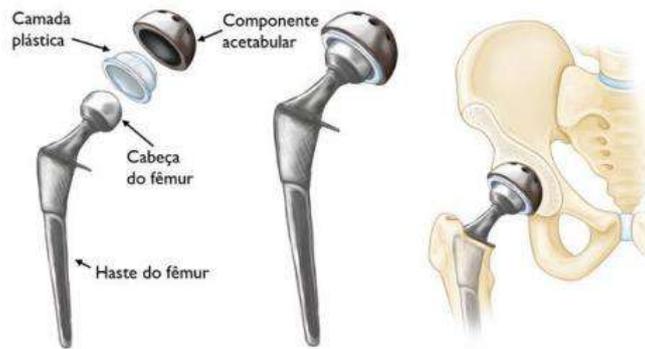
2.2 ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL

Conforme destacado ao longo da apresentação do projeto, a articulação do quadril é uma articulação que forma-se pelo encontro de duas peças ósseas importantes: a cabeça do fêmur e o acetábulo. Há uma relação congruente nessa articulação, que é reforçada pelos músculos e ligamentos. As superfícies ósseas são cobertas pela cartilagem articular, e todo esse conjunto vai permitir amplo movimento, sem que ocorra muitos atritos entre as partes. Quando há danos ao quadril provocados pela artrite, por fraturas ou outros problemas, as atividades do cotidiano realizadas pelos indivíduos ficam comprometidas.^{6,12}

Entre as atividades mais rotineiras e mais afetadas está a caminhada, o ato de sentar e também de levantar. São tarefas básicas, mas que ao serem realizadas pelo indivíduo, podem gerar muitas dores e desconforto, até mesmo em período de repouso.⁹ Em casos avançados da doença, a artroplastia de quadril pode ser uma opção. É um procedimento considerado seguro e efetivo para o alívio das dores e melhoria dos movimentos.¹⁰ A incisão cirúrgica vai variar de acordo com o método de abordagem do quadril, que deve ser escolhida pelo cirurgião ortopedista.¹⁴

A prótese de quadril é formada por uma haste que encaixa o fêmur, uma superfície que encaixa o acetábulo e outra superfície que fica entre essas duas, como pode ser observado na figura a seguir.²

Figura 1 - Componentes da prótese de quadril



Fonte: Barros et al (2017)

A literatura aponta a existência de diversos tipos de próteses, e a escolha é feita de acordo com a doença que acomete o quadril, a idade do paciente e o nível de atividade física do indivíduo.¹⁵ Outro fator também apontado é a experiência e preferência individual do próprio profissional responsável pela cirurgia. Essas diferenças são importantes, principalmente ao considerar o processo de reabilitação funcional, que poderá demandar o uso de suportes, como andador ou muletas. Os tipos de materiais consistem em metal, polietileno e cerâmica.²

As superfícies dos componentes articulares mais usadas são as de metal e polietileno, que parecem apresentar maiores vantagens, como o custo. Em relação às superfícies de cerâmica e polietileno, ou cerâmica e cerâmica, parecem apresentar maior durabilidade, no entanto estas possuem maior custo. Independentemente do material escolhido, a cirurgia apresenta o mesmo grau de complexidade.¹

Por essa razão deve ser realizada por uma equipe especializada em cirurgia no quadril. Além de complexa, e talvez em razão disso, constitui-se em uma das intervenções de cirurgia ortopédicas mais onerosas para o sistema de saúde. Para a realização da artroplastia, é necessário por exemplo o implante, material considerado caro, e também medicamentos para evitar infecção e também remédios para dor. Alguns estudos apontam ainda que além dos custos inseridos, há também riscos de morbidade e mortalidade, ou seja, a ocorrência de possíveis complicações que podem agravar a saúde do paciente.⁹

Algumas dessas complicações são: infecções no Sítio operatório; tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar, com riscos aumentado em função da imobilização no leito; luxação da prótese de quadril (prótese sair de seu encaixe); encurtamento e desvios angulares do quadril e do membro; lesões de nervos maiores; lesões vasculares; dor no período do pós operatório e falha dos implantes.^{1,12}

O processo cirúrgico envolve algumas etapas importantes, que ao todo podem durar pouco menos de uma hora, no entanto geralmente o tempo em que o paciente poderá ficar internado pode vir a ser de dias.¹

Figura 2 - Etapas do processo de cirurgia



Fonte: Almeida (2016)

Após a conclusão dos procedimentos, espera-se que haja alívio da dor provocada, correção das deformidades e recuperação do movimento da articulação, que irá promover o retorno do indivíduo às suas atividades cotidianas.¹⁶ No entanto, é importante considerar que, para haver um bom resultado, é necessário a presença de um profissional de enfermagem, que juntamente à equipe multiprofissional, vai trabalhar na atenção e nos devidos cuidados ao paciente.⁴

2.3 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Os processos cirúrgicos são compreendidos como sendo bastante complexos, tanto para os profissionais que realizam como também para a pessoa que se submete à intervenção.² Nesse sentido, entende-se que é uma situação que pode ser de bastante estresse para todos. No entanto, é importante considerar que em muito se avançou ao longo dos anos, já que os procedimentos cirúrgicos estão mais seguros e os diagnósticos mais exatos.⁹

Além do mais, destaca-se que ao redor do paciente comumente tem uma estrutura importante que lhe permite ter mais segurança e sentir-se mais seguro. Há uma equipe multidisciplinar que é essencial ao longo de todo o processo, e destaca-se entre esses profissionais a presença do enfermeiro.⁴ Basicamente este profissional é responsável pelos procedimentos de cuidados para com o paciente. O instrumento para a realização do cuidado é o processo de cuidar, mediante uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente.³

Neles, todas as atividades desenvolvidas pelo profissional são voltadas para e com o paciente, baseadas no conhecimento científico adquirido, nas habilidades, intuição, pensamento crítico e criatividade, acompanhadas de comportamentos que são e/ou devem ser inerentes à profissão, que devem promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana. Como ressaltado, a presença desse profissional em processos cirúrgicos, é fundamental.^{3,7}

Ao considerar o período pré-operatório, este compreende desde a véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recepcionado no centro cirúrgico, incluindo a visita pré-operatório da enfermagem. Alguns estudos apontam que essa visita é feita em três importantes fases: levantamento de problemas por meio do prontuário do paciente, utilizando dados da história, evolução clínica e de enfermagem, bem como anotações de enfermagem e resultados de exames, visando detectar as necessidades básicas que foram afetadas no paciente.¹⁷

É com base no levantamento dos problemas que o profissional vai realizar a entrevista, prestando ao mesmo tempo as devidas orientações ao paciente e também aos seus familiares. A fase denominada de intra-operatória compreende desde a

entrada do paciente na sala de operação até a sua ida para a sala de recuperação anestésica. Há a crença de que este é o período mais tenso para o paciente e também para a equipe.¹⁷

Entre as ações abordadas na sala cirúrgica estão não somente os procedimentos técnicos, mas também cuidado, atenção, segurança e respeito às suas crenças. Os profissionais precisam ainda estar atentos aos equipamentos que vão ser utilizados no processo de cirurgia, observando as condições do ambiente, principalmente no que tange a temperatura e limpeza. Por fim é importante abordar sobre o período pré-operatório, que compreende desde a alta do paciente da sala de operação até a saída da sala de recuperação.¹⁷

Nessa etapa cabe ao enfermeiro observar de modo constante o paciente, além de elaborar a prescrição e evolução de enfermagem, onde são incluídos o nome da cirurgia, a prótese que foi utilizada, anestesia que foi recebida pelo paciente, nível de consciência, aspecto do curativo, entre outros. Na sala de recuperação os cuidados que são prestados pela equipe de enfermagem são ainda mais intensivos.¹⁷

Após a realização da cirurgia de artroplastia de quadril, o médico cirurgião autoriza que o paciente mude de posição na cama ou no leito, e essas mudanças devem sempre seguir a recomendação da equipe médica, composta por diversos profissionais, entre eles o enfermeiro.¹⁷ Existem ainda recomendações acerca de posicionamentos, que devem ser observadas e cumpridas, para que não haja algum tipo de comprometimento negativo para o paciente.⁵

Figura 3 - Posição perna cruzada



Fonte: Barros et al (2017)

Esse tipo de posição pode comprometer o paciente, tendo em vista que a perna com a faixa é a que passou pelo processo operatório cirúrgico.² Nesse sentido, caberá ao profissional de enfermagem orientar ao paciente acerca das posições adequadas

que devem ser seguidas. Além dessa posição, há outras que também devem ser evitadas, pelo fato de que geram tensões diretamente sobre a articulação.⁵

Figura 4 - Posição sentar à frente



Fonte: Barros et al (2017)

Caberá, portanto ao enfermeiro orientar e criar as melhores condições para que paciente fique seguro e confortável. Em posição deitada, é importante que evite situações em que sejam geradas tensões sobre o local submetido à operação e, principalmente, evite que ocorram rotações internas e externas do quadril.⁵

Figura 5 - Movimento de rotação externa



Fonte: Barros et al (2017)

Observa-se na figura acima uma rotação irregular do quadril para fora, uma rotação externa que gera uma tensão perigosa sobre o local de cirurgia. Assim como neste caso, podem ocorrer também as denominadas rotações internas, em que as pontas dos pés são voltadas para dentro. O recomendado é que os pacientes mantenham as pontas dos pés apontadas para cima e, em caso de dificuldade, é importante que o profissional de enfermagem auxilie o paciente. Além de evitar as rotações, a orientação ao paciente é de que mantenha as pernas levemente afastadas, na largura da bacia.²

O enfermeiro nesse sentido, utiliza-se de alguns instrumentos e/ou ferramentas que dispõe, como rolo de almofada, travesseiro ou cobertor, conforme observa-se na figura a seguir.

Figura 6 - Posição pernas afastadas



Fonte: Barros et al (2017)

Em outras posições, como a de pé, também são feitas recomendações importantes que devem ser seguidas e, uma delas, é evitar concentrar o peso do corpo sobre a perna submetida ao processo de intervenção cirúrgica. O paciente precisa deslocar o peso do seu corpo para a sua perna sã, até que receba a recomendação para deixar a restrição. Esses são apenas alguns exemplos entre tantos outros que ocorrem na rotina do paciente, que precisa se deslocar para suas necessidades fisiológicas e retomar ao seu repouso, processo esse que exige movimentos, e por isso, deve ter o auxílio adequado.⁵

Lopes, Santos e Ribeiro (2018) trazem alguns procedimentos a serem desenvolvidos no pós-operatório de artroplastia do quadril.

- Manter o posicionamento correto da articulação do quadril (abdução, rotação neutra, flexão limitada);
- Realizar banho no leito pós-operatório imediato, dirigindo-se posteriormente ao banho de aspersão após avaliação médica;
- Realizar curativo cirúrgico e descrever aspecto da incisão, quanto à secreção rubor ou hiperemia;
- Orientar e ajudar nas mudanças de posição e transferências;
- Manter paciente em repouso no leito em decúbito dorsal para prevenir as luxações;
- Utilizar o triângulo abdutor em tempo integral, colocando-o entre as pernas enquanto decúbito dorsal e lateral para manter a abdução do quadril;
- Manter cabeceira da cama em posição semi-fowler, não ultrapassar o ângulo de 60°;
- Evitar flexão de quadril mais de 90°
- Manter os pés em linha reta, evitando que faça rotações;
- Aliviar pressões sobre o calcâneo;
- Lateralizar o paciente para o lado contrário ao local da incisão cirúrgica;
- Limitar a flexão de quadril durante a transferência da cama para cadeira e/ou quando sentado, mantendo sempre o triângulo abdutor entre as pernas;
- Evitar cruzar as pernas, fechar e flexionar o quadril, para prevenir luxações no caso de um posicionamento que ultrapasse os limites da prótese;
- Utilizar meias compressivas conforme prescrição, de forma a evitar a estase venosa e promover melhor circulação sanguínea;
- Avaliar a integridade da pele para prevenir lesões por pressão devido a imobilização do paciente no leito;

- Utilizar cadeiras com assento elevados para reduzir a flexão da articulação do quadril;
- Levantar da cama colocando primeiro o membro operado para fora e em seguida sentar e colocar o corpo inclinado levemente para trás.

Portanto, são inúmeros os cuidados que o enfermeiro deve prestar ao paciente, de forma a proporcioná-lo maior segurança e principalmente, melhor recuperação. Na alta terapêutica o enfermeiro também tem designações importantes em relação ao paciente como fornecer o sumário de alta, informando a data do retorno ambulatorial, para revisão cirúrgica e retirada dos pontos; orientar quanto a redução do curativo diário (com álcool 70%); orientar sobre as medicações prescritas; orientar sobre o uso de anticoagulante, demonstrando a técnica de aplicação; informar sobre o fornecimento das muletas; Preencher o formulário de avaliação e educação de pacientes.

Todas essas ações são consideradas imprescindíveis no processo de cuidado e também no processo de recuperação do paciente. Na ausência desses cuidados ou na deficiência, podem haver comprometimentos à eficiência da intervenção cirúrgica.

3. CONCLUSÃO

A mobilidade é uma condição importante para que as pessoas tenham saúde e qualidade de vida e, assim considerando, a artroplastia total do quadril quando necessária, é de grande relevância para devolver a capacidade articular e mobilidade do indivíduo, essencial para que o mesmo possa desenvolver as suas tarefas cotidianas. No entanto, considerando também que este é um processo de intervenção complexo e que possui riscos, é importante que todas as etapas sejam bem orientadas, buscando obter um resultado final satisfatório. O enfermeiro, profissional capacitado para aplicar práticas de cuidados, é essencial na assistência ao paciente.

É possível concluir nesse sentido que o enfermeiro constitui-se como sendo um profissional fundamental, principalmente no pós operatório, onde existe a necessidade do paciente repousar e orientar os seus movimento de modo adequado, de forma que não sejam geradas tensões na região que foi submetida ao processo cirúrgico.

4. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R. F de C. **Artroplastia total de quadril: Manual de orientações**. Universidade Federal do Maranhão, 2016, p.29. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16424/0/MANUAL+DE+ATQ+DO+HU+UFMA+%281%29.pdf/5626497a-7560-4668-946c-fe69e2777e8e>
2. BARROS, E. C de.; CAMBUZZI, G. S.; SOUZA, J de.; BARROSO, J. F.; SILVA, L. P da. **Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril**. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2017, 1 ed. p.35. Disponível em: http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/2263/cuidados_e_orientacoes_ao_paciente_submetido_a_artroplastia_de_quadril.pdf
3. DUARTE, S. A. M. **Centro de Atenção Especializada em Cirurgia do Quadril**. Caderno de Enfermagem em Ortopedia, 2009, v.2, p.11. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_enfermagem_ortopedia_v2.pdf

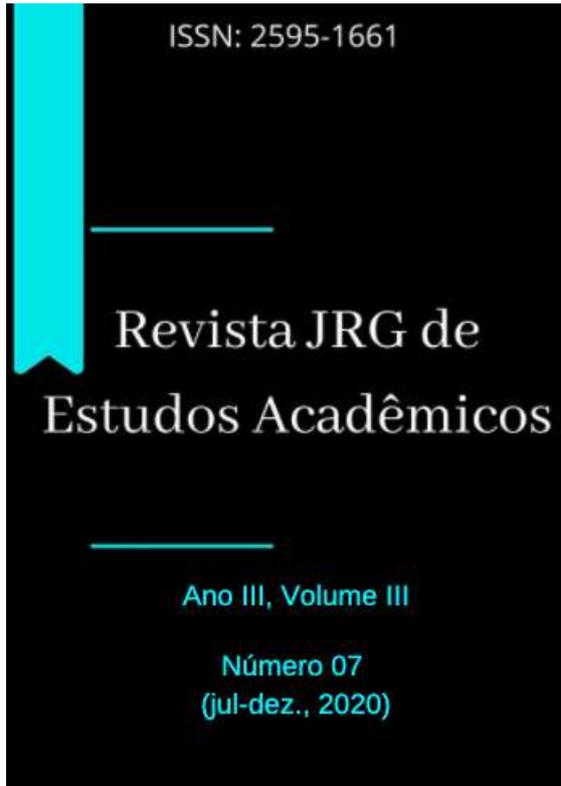
4. SANTO, L. M. B do E.; MATOS, J da C.; SILVA, C. J da S.; ALMEIDA, R dos P et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020, nº43, p.8. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2945>
5. LOPES, F de J.; SANTOS, R. S dos.; RIBEIRO, M. M. A. **Pós-Operatório de artroplastia de quadril.** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018, 1 ed. p.3. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+17.2_+P%C3%93S-OPERAT%C3%93RIO+DE+ARTROPLASTIA+DE+QUADRIL.pdf/7a4789d9-fd0d-44a2-ac2c-7adf3fde891c
6. POZZOBON, A.; PEREIRA, G. A. M.; JUNG, L. **Anatomia na prática: Sistema Musculoesquelético.** Editora Univates, 2015, 1 ed. p.228. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/118/pdf_118.pdf
7. ANDRADE FILHO, E. P de.; PEREIRA, F. C. F. **Anatomia Geral.** Instituto Superior de Teologia Aplicada, 2015, 1 ed. p. 366. Disponível em: <https://md.uninta.edu.br/geral/anatomia-geral/pdf/anatomia-geral.pdf>
8. DEMANGE, M. K.; KAKUDA, C. M. S.; PEREIRA, S. A. M.; SAKAKI, M. H.; ALBUQUERQUE, R. F da M. **Influência do ligamento da cabeça do fêmur na mecânica do quadril.** Acta. Ortop. Bras., 2007, v.15, nº4, p.187-190. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aob/v15n4/02.pdf>
9. FALCÃO, F. R. C.; DIAS, B. A. G.; WOLFOVITCH, L. A.; SADIGURSKY, D. **Complicações pós-artroplastia total de quadril em portadores e não portadores de diabetes mellitus controlado durante a internação.** Revista Brasileira de Ortopedia, 2016, v.51, nº5, p.589-596. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v51n5/pt_1982-4378-rbort-51-05-00589.pdf
10. FALOPPA, F.; BELLOTTI, J. C. **Tratamento clínico da osteoartrose: evidências atuais.** Revista Brasileira de Ortopedia, 2006, v.41, nº3, p.47-53. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/41-2/2006_mar_01.pdf
11. REZENDE, M. U.; CAMPOS, G. C.; PAILO, A. F. **Conceitos atuais em osteoartrite.** Acta. Ortop. Bras., 2013, v.21, nº2, p.120-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aob/v21n2/a10v21n2.pdf>
12. CABRITA, H. A. B de A.; TRINDADE, C. A. de C.; GURGEL, H. M de CAMPOS.; LEAL, R. D.; MARQUES, R. F de S. **Artroscopia de quadril.** Revista Brasileira de Ortopedia, 2015, v.50, nº3, p.245-253. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v50n3/pt_0102-3616-rbort-50-03-00245.pdf
13. REZENDE, M. O de.; CAMPOS, G. C de. **A osteoartrite é uma doença mecânica ou inflamatória?** Revista Brasileira de Ortopedia, 2013, v.48, nº6, p.471–474. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n6/pt_0102-3616-rbort-48-06-00471.pdf

14. RABELLO, B. T.; CABRAL, F. P.; FREITAS, E.; PENED, J. Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatóide. Revista Brasileira de Ortopedia, 2008, v.43, nº 8, p.336-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbort/v43n8/04.pdf>

15. GALIA, C. R.; DIESEL, C. V.; GUIMARÃES, M. R.; RIBEIRO, T. A. Atualização em artroplastia total de quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. Revista Brasileira de Ortopedia, 2017, v.52, nº5, p.521-527. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n5/pt_1982-4378-rbort-52-05-00521.pdf

16. BRASIL. Cartilha para Pacientes Submetidos a Artroplastia Total de Quadril. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, 2018, p.32. Disponível em: https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/cartilhas/Cartilha_Quadril_18_05_2018_alt_a.pdf

17. SOARES, A. B.; SILVA, A. M., SILVA, G. D da, SIQUEIRA, I. C. G. L de et al. A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós operatório. Revista Científica de Enfermagem, 2013, v.3, nº7, p.11-18. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/47>



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: 11/10/2020

Data de reformulação: 14/11/2020

Data do aceite: 19/11/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4281623>

Publicado: 2020-11-19

**PAPEL DO FARMACÊUTICO NO CONTROLE GLICÊMICO DO PACIENTE
DIABÉTICO**

*ROLE OF PHARMACEUTICAL IN THE GLYCEMIC CONTROL OF THE DIABETIC
PATIENT*

*Maria da Conceição S. Franco¹
Francisca Mônica de Jesus²
Clézio Rodrigues de Carvalho Abreu³*

Resumo

Introdução: A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas para os indivíduos e a população em geral, com procedimentos essenciais na promoção, prevenção e recuperação da saúde. O farmacêutico está envolto em atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação de medicamentos. **Objetivo:** analisar a importância do papel do farmacêutico no controle glicêmico de pacientes diabéticos. **Métodos:** Trata-se de revisão narrativa com abordagem de pesquisa qualitativa. A busca de artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana

¹ Acadêmica do curso de Farmácia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Goiás, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4428-2930>. E-mail: mariadaconceicaoosf@gmail.com

² Acadêmica do curso de Farmácia Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Goiás, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7314-6447>. E-mail: monica.jp2@hotmail.com.

³ Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Possui graduação em Farmácia - COLEGIO SENA AIRES (2009). E-mail: clezioabreu@senaaires.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1511-6917>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0474084524560630>

e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com publicações entre os anos de 2010 até 2020. **Resultados:** A efetividade dos tratamentos medicamentosos em pacientes diabéticos, tem na figura do farmacêutico um elo entre o suporte científico e as tomadas de decisões no uso racional de medicamento. **Conclusão:** o farmacêutico pode criar técnicas posológicas para o uso correto de insulinas e hipoglicemiantes orais, organizando os horários desses medicamentos, e criando fichas de controle para pacientes diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes. Farmacêutico. Medicamentos. Promoção à Saúde.

Abstract

Introduction: Pharmaceutical assistance is a context of essential procedures in the promotion, prevention and recovery of health, individual and collective, aimed at medicine, which involves research, production, distribution, storage, prescription and dispensing activities Objective: to analyze the importance of Pharmacist's role in glycemic control of diabetic patients. Methods: This is a narrative review with a qualitative research approach. The search for articles was carried out in the Virtual Health Library (VHL) in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information (BIREME) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO), published between 2010 and 2020. Results: The effectiveness of drug treatments in diabetic patients has in the figure of the pharmacist a link between scientific support and decision-making in the rational use of medication. Conclusion: the pharmacist can create dosage techniques for the correct use of insulins and oral hypoglycemic agents, organizing the schedules of these medications, and creating control sheets for diabetic patients.

Keywords: Diabetes. Pharmaceutical. Medicines. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Entre as doenças não transmissíveis, a diabetes mellitus tipo 2 é considerada epidêmica e representa cerca de 90% de todos os casos de diabetes. Estima-se que em 2030 o número de casos de diabetes no mundo poderá chegar a 439 milhões e nos países da América Latina chegará a 40 milhões em 2030. ⁽¹⁾⁽²⁾

Entre as doenças consideradas crônicas e epidêmicas não transmissíveis, o DM se destaca como grande causa de morbidade e mortalidade entre a população. Quanto a característica epidemiológica da diabetes, a doença acomete a população com ciclo de 20 e 79 anos, e foi registrado em torno de 4 milhões de indivíduos no ano de 2015 no Brasil, proporcional a uma morte a cada 8 segundo devido aos seus agravos do sistema renal, cardíaco, infecções tegumentar dentre outros decorrer do tempo.⁽³⁾

A palavra diabetes tem sua etimologia na civilização da Grécia antiga e significa “fluxo através de” e descreve a micção excessiva que acompanha os seus pacientes com essa patologia. ⁽⁴⁾

O diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por deficiência total ou parcial do hormônio insulina, que causa hiperglicemia e é mais

comum na infância com comprometimento ao desenvolvimento físico e mental. O DM é uma doença que se caracteriza como degenerativa e crônica e é considerada uma epidemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Controlar o metabolismo de pessoas com doenças crônicas é um dos maiores desafios da assistência médica atualmente, especialmente a classe farmacêutica. ⁽²⁾⁽⁵⁾

A preocupação dos profissionais de saúde, baseia-se no reconhecimento da gravidade da diabetes, pois, a doença vai se manifestar tanto na deficiência de ação ou secreção da insulina a hiperglicemia, e esse é um fator de alto risco para alterações no sistema hemostático de um indivíduo, elevando a probabilidade de desenvolver um quadro de hipercoagulabilidade e hipofibrinólise, pois há um desequilíbrio nas funções endoteliais, plaquetárias, fibrinolíticas, anticoagulantes naturais e coagulantes. ⁽⁶⁾

Vale ressaltar, que existe um agravante nesse contexto que é o fato que pesquisadores reconhecem, que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que tem a doença. O DM se destaca pelo alto número da morbimortalidade prematura. ⁽¹⁾⁽⁷⁾

Estima-se que a prevalência do diabetes em países desenvolvidos afete a maioria das pessoas que possuam 65 anos de idade ou mais, sendo distinto de países subdesenvolvidos cuja estimativa é de pessoas que possuam 45 anos à 64 anos de idade. O foco do trabalho do farmacêutico, especialmente daqueles que trabalham em AF, passou a ser o paciente. Assim, o farmacêutico tem papel relevante no cuidado do paciente diabético, pois ele acompanhará os resultados do tratamento terapêutico desses pacientes, orienta-los quanto ao uso correto do aparelho de monitoramento de glicemia, e ainda orientar quanto ao uso, aplicação e conservação de insulina no tratamento da Diabetes Mellitus. ⁽⁸⁾

A atuação do farmacêutico no exercício de sua profissão, deve estar voltada para a melhoria da saúde pública, tanto na promoção como prevenção em saúde. A otimização da assistência farmacêutica, especificamente em medidas profiláticas de saúde voltadas para a mudança de hábitos individuais, familiares e comunitários em relação à diabetes constituem um desafio a ser superado por todos. Nesse sentido vale destacar a importância da comunicação com o paciente sobre o uso dos medicamentos, induzindo os pacientes à leitura da bula e, sobretudo, assegurando-lhes o pleno entendimento sobre as instruções do seu tratamento. ⁽⁹⁾

A assistência farmacêutica é um contexto de procedimentos essenciais na promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, que visa no medicamento, que envolve atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, onde na dispensação está direcionada a importância da orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, isso de acordo com o Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos. ⁽¹⁰⁾

A Assistência Farmacêutica (AF) passou, desde 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos, a integrar formalmente a agenda de governo, com o compromisso da garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, da promoção do seu uso racional e o do acesso da população aos medicamentos essenciais. No início do século XXI ficou estabelecido que a prática farmacêutica deve possuir uma filosofia apropriada e uma estrutura organizada dentro da qual se exerça essa prática. ⁽¹¹⁾

A insulina é um medicamento amplamente utilizado por inúmeros pacientes diabéticos no Brasil. Todavia, o uso indevido da medicação pode trazer consequências nefastas para a saúde humana, ou até mesmo ser letal.

O farmacêutico tem papel crucial no uso desse medicamento e manipulação das seringas de forma adequada, além de instruir essas pessoas de maneira correta e com ética e profissionalismo.

Uma parcela muito grande de pacientes diabéticos que têm contato direto com os farmacêuticos são os idosos, e, uma vez em que eles adquirem confiança com os farmacêuticos, o profissional de saúde acaba participando de forma ativa da vida desse paciente, garantindo uma melhor qualidade de vida aos pacientes portadores de Diabetes.

O tema foi escolhido a partir da importância que as pessoas relatam a respeito dos farmacêuticos em seus processos com a Diabetes Mellitus. O profissional tem suma importância na vida desses pacientes. A qualidade de vida é um quesito primordial no controle da diabetes. Com isso, o farmacêutico participa do cotidiano dessas pessoas como uma forma de direcionamento. A questão norteadora que serviu de linha condutora para a pesquisa foi a seguinte: qual a importância do profissional farmacêutico na assistência à saúde do paciente com Diabetes Mellitus?

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que tem como objetivo de analisar a importância do Papel do farmacêutico no controle glicêmico do paciente diabético. Buscou-se também, descrever a epidemiologia do diabetes no Brasil e como lidar com essa situação.

MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa com abordagem de pesquisa qualitativa. A busca de artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), com publicação entre os anos de 2010 até 2020 em português. Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME): Diabetes, Farmacêutico, Medicamentos, Promoção à Saúde.

Foram escolhidos os artigos que tiveram mais afinidade com o objetivo proposto neste estudo. Realizado como primeiro passo uma leitura pré-seletiva, o qual permite eliminar o dispensável, para fixar-se no que é de real interesse, além da coleta de dados com informações sobre a epidemiologia da diabetes no Brasil e a assistência farmacêutica aos pacientes diabéticos.

Foram lidos os resumos na íntegra dos artigos encontrados, sendo escolhidos os que tiveram mais afinidade com o objetivo proposto no estudo, assim, destacaram-se 24 artigos que corresponderam às indagações da pesquisa e os temas elencados.

Por fim utilizou-se uma leitura crítica interpretativa do material encontrado visando subsidiar a pesquisa, realizando a categorização dos dados, de forma a responder o problema do estudo. A análise dos resultados e a discussão do tema em pauta, foi subsidiado pelos artigos selecionados e aceitos para servirem como fonte primária e bibliográfica.

DESENVOLVIMENTO

O termo Diabetes Mellitus é classificado como um grupo de transtornos metabólicos, desencadeado por uma hiperglicemia, resultante da deficiência na secreção de insulina, defeitos em sua ação, ou ambos os casos. Os termos

“Diabetes Mellitus insulino dependente” e “Diabetes Mellitus insulino independente” não são mais utilizados como ordem classificatória, pois de acordo com a classificação atual de DM proposta pela OMS e American Diabetes Association (ADA), baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento. A atual classificação inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional.⁽²³⁾

O diabetes é uma doença silenciosa que preocupa as autoridades em todos os países. Em 2007, foi reconhecido como problema de saúde pública pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que consciente da gravidade da doença convocou os governos a estabelecerem metas e políticas para a prevenção e tratamento das pessoas com a diabetes. O número de pessoas associadas ao diabetes é impressionante, ou seja, existem no mundo cerca de 246 milhões de pessoas com a doença. E as perspectivas não são incentivadoras, espera-se que esse número alcance 380 milhões no mundo até 2025.⁽¹²⁾⁽¹³⁾

O verdadeiro diabetes é uma doença com parâmetros diagnósticos bem definidos, mas seu controle não é muito simples e é muito extenso. A doença vai muito além da terapia medicamentosa, e precisa da inclusão de possíveis mudanças no estilo de vida, como optar por uma reeducação alimentar e realizar exercícios periodicamente.⁽¹⁴⁾

Diabetes problema de Saúde pública: Prevenção e cuidados

A OMS estima que as DCNT serão responsáveis por 58% da mortalidade global até 2020. Atualmente, há evidências científicas que relacionam os fatores nutricionais e o desenvolvimento dessas doenças. Autores destacam o papel dos alimentos na prevenção e controle de várias doenças.⁽¹⁵⁾

O mundo sofre com milhões de vidas ceifadas, devido as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os fatores de risco (FR) são conhecidos, evitáveis e vulneráveis à intervenção. Problemas com o tabagismo; a nutrição inadequada; a falta de exercícios físicos; e o etilismo em excesso são realidades no mundo que só agravam o problema. Esses fatores constituem a maior parte do peso das DCNT. Assim não para de crescer no Brasil e no mundo os casos de doenças cardiovasculares; cânceres; diabetes; e doenças respiratórias crônicas.⁽¹⁶⁾

Não tem sido fácil, governos e educadores nutricionais lidar com o tema que envolve a redução dos fatores de riscos nos casos das DCNT, ou seja o tabagismo; consumo abusivo de álcool; ingestão de sal; obesidade; pressão arterial elevada e a glicose. Autores alertam que as mortes precoces, relacionadas as principais doenças não transmissíveis (cardiovasculares; respiratórias crônicas; cânceres; diabetes) poderiam diminuir em taxas significativas caso os fatores de riscos fossem enfrentados de maneira globalizada e com acompanhamento médico-científico em toda a esfera da sociedade. É importante salientar que a maioria dos beneficiários do cumprimento das metas de diminuição das doenças crônicas estão localizados em países renda baixa e média.⁽¹⁷⁾

As mudanças epidemiológicas das DCNT no Brasil, indicam a tendência do aumento da prevalência de doenças crônicas como a diabetes. Isso, traz consigo implicações para o perfil nutricional e alimentar da população brasileira. Ao mesmo tempo, em que a ocorrência e prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou, resultado da adoção do estilo de vida sedentário e do consumo de dietas desbalanceadas, atesta-se que consequências das alterações metabólicas decorrentes dos hábitos de vida inadequados, favorecem o surgimento em alguns grupos de enfermidades crônicas não transmissíveis, como a diabetes. A diabetes é

considerada um problema de saúde pública que assumiu proporções epidêmicas. ⁽¹⁸⁾

Tratamento da diabetes

Os multiprofissionais, deverão acompanhar e avaliar o tratamento dos pacientes diabéticos, e em alguns casos irão tentar primeiramente controlar os níveis glicêmicos através da prática de exercícios físicos e dietas específicas, caso não consigam controlar através destes meios, será então empregado os recursos da terapêutica medicamentosa, e para a terapia dos pacientes diabético estão disponíveis os medicamentos tais como os vários tipos de insulina e os hipoglicemiantes orais entre os mais utilizados estão as biguanidas e sulfonilurêias. ⁽¹⁴⁾

Cabe aos farmacêuticos estarem atentos aos tratamentos dos pacientes com diabetes, especialmente quanto as possíveis interações medicamentosas. Sabe-se a que a “interação medicamentosa (IM) ocorre quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outro, de fitoterápico, de alimento, de bebida ou de algum agente químico ambiental”. ⁽¹⁹⁾

Devido à complexidade de casos de pessoas com diabetes melitus tipo II, especificamente nos indivíduos que vivenciarem a hiperglicemia, torna-se de fundamental importância que o farmacêutico compreenda como funciona os mecanismos fisiopatológicos predominantes, pois, a propriedade principal do diabetes tipo II é a resistência periférica. Vários são os fatores que corroboram com essa resistência à insulina, tais como a obesidade, inatividade física, entre outros e ainda por fatores genéticos. ⁽²⁰⁾

O índice elevado de glicose no sangue constitui um dos grandes desafios na vida e na rotina do diabético. Essa situação acontece quando a problemas na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. A insulina é responsável pela entrada da glicose para as células do corpo, para que possa ser usada para várias funções celulares. ⁽²¹⁾

Ressalta-se que a legislação brasileira, que prevê boas práticas de distribuição de medicamentos, coloca também como prioridade a necessidade de atendimento aos portadores de diabetes, com orientações seguras e abalizadas por lei. O usuário tem o direito de ser informado e orientado sobre a farmacoterapia, em todas as dimensões seja em relação da adesão à dosagem, a influência dos alimentos e, bem como com a interação com outros medicamentos. Deve-se ser considerado, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto. ⁽²²⁾

É importante mencionar que a legislação brasileira que rege as boas práticas de uso e dispensa de medicamentos, tem reforçado a necessidade de atendimento aos usuários de forma holística e humanizada. Uma ênfase crucial é que os usuários têm direito as informações e as terapias medicamentosas feita por profissionais habilitados e que sigam importantes ritos legais como, oferecer orientações de uso racional no cumprimento da posologia expressa em bula e guias autorizados, além de alertar sobre a influência dos alimentos, e também sobre a interação com outros medicamentos, e por fim tecer detalhes sobre as condições de conservação do produto. ⁽²²⁾

A distribuição desses medicamentos deve atender às necessidades de pessoas com uma variedade de doenças crônicas, particularmente aquelas com prevalência, gravidade e suscetibilidade a complicações se não tratadas adequadamente, como o Diabetes. Esses serviços devem ser usados para controlar o metabolismo da doença por cuidados contínuos ao paciente e automonitoramento, o que ajudará a prevenir complicações de curto e longo prazo. Assim, o acompanhamento farmacoterápico é um macrocomponente da atenção farmacêutica

e o estabelecimento de um processo onde o farmacêutico se responsabiliza por possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), buscando sempre a melhora e a qualidade de vida dos usuários para alcançar os resultados desejados. (22)(24)

As Ações do farmacêutico diante do pacientediabético

O farmacêutico no mundo contemporâneo tem opções de trabalho em diversas frentes, pois, áreas como o atendimento clínico farmacêutico a atenção e assistência farmacêutica em diversos programas governamentais dentre outras áreas, estão presentes no cotidiano da farmácia. O farmacêutico pode atuar no acompanhamento de indivíduos com doenças crônicas, incluindo os pacientes com diabetes e outras necessidades, sendo um profissional de referência no quesito de uso racional de medicamento, em toda a sua plenitude.⁽¹⁴⁾

Para o farmacêutico Roberto Bazotte “O papel do farmacêutico como educador pode ser desempenhado, através de sua atuação, orientando o paciente nos mais diferentes aspectos da doença e, em particular, em relação ao uso racional de medicamento”.⁽¹⁴⁾

A efetividade dos tratamentos medicamentosos em pacientes diabéticos, tem na figura do farmacêutico um elo entre o suporte científico e as tomadas de decisões no uso racional de medicamento, e assim aumentar a capacidade de cura. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a Atenção Farmacêutica (AF) é uma prática em que o paciente é o principal beneficiário da conduta do farmacêutico. Seus serviços profissionais incluem uma ampla gama de atitudes, comportamentos, responsabilidades profissionais e especialização na distribuição de produtos farmacêuticos. O farmacêutico atua junto a equipe de saúde e para que sua contribuição seja efetiva faz-se necessário estabelecer uma estreita relação entre este profissional, o usuário de medicamento e o médico.⁽²⁵⁾

A prática da Atenção Farmacêutica, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, é uma ferramenta importante para a detecção de possíveis problemas em relação ao uso correto da medicação prescrita pelos responsáveis no casos agudos da diabetes.⁽²⁶⁾

O cuidado do paciente com DM requer uma complexidade imensa que vai de recomendações alimentares ao uso de diversas medicações, entre outros. Neste contexto, os profissionais da assistência em Farmácia têm grande contato com paciente e, no momento da dispensação, eles podem contribuir efetivamente no cuidado deste paciente, realizando atenção farmacêutica de fato.⁽²⁷⁾

Em vários estudos, destacam-se o valor da farmacoterapia, pois, os Problemas Relacionados a Medicação (PRM), dever ser tratado de forma personalizada, levando-o a adesão à farmacoterapia e à promoção do uso racional de medicamentos, como o uso de insulina, que se revela positivamente na segurança qualidade da vida de um ser humano. As informações objetivas ao paciente diabético deve envolver como as características da dose, duração de tratamento, forma de administração, uso de dispositivos, possíveis reações adversas, entre outras.^{(28) (29)}

Sabe-se da importância da insulina para o corpo humano, pois, permite que a glicose entre nas células do corpo, onde é convertido em energia. Pessoas com diabetes tipo 1 não conseguem sobreviver sem doses diárias de insulina. Algumas pessoas com diabetes tipo 2 ou diabetes gestacional também precisam de doses de insulina com outros medicamentos.⁽³⁾

Os resultados da pesquisa mostram que o diabético tem mais contato no seu

dia-a-dia com o farmacêutico do que com o médico. Portanto, o paciente tem valores que são depositados nos profissionais de saúde para que tenham mais confiança no seu diálogo e no seu tratamento. Ao avaliar o estado de saúde do paciente, o farmacêutico pode estimulá-lo a seguir o tratamento prescrito pelo seu médico e determinar as interações com outros medicamentos. O farmacêutico está na melhor posição para orientar adequadamente o paciente com DM2 sobre os efeitos benéficos da terapia medicamentosa de alta qualidade, evitando os potenciais problemas das terapias irracionais e repletas de efeitos colaterais associados ao uso indiscriminado de hipoglicemiantes orais. ^(2,13)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo demonstrar o papel crucial do profissional farmacêutico diretamente na vida de pessoas diabéticas. Nessa revisão ficou evidenciado que a Diabetes Mellitus é uma doença extremamente grave, e que pode causar consequências desastrosas a esses pacientes portadores desse distúrbio. O farmacêutico neste contexto é de extrema importância, pois, por meio do conhecimento crescente sobre os sintomas clínicos que os pacientes diabéticos apresentam, podem elaborar um acompanhamento clínico farmacológico racional e com qualidade.

Os achados desta pesquisa revelam que o farmacêutico pode criar técnicas posológicas para o uso correto de insulinas e hipoglicemiantes orais, organizando os horários desses medicamentos, e criando fichas de controle para pacientes diabéticos, tanto para os medicamentos como para os níveis glicêmicos diários.

Os estudos e autores destacam que o farmacêutico tem condições de acompanhar os resultados do tratamento terapêutico dos pacientes diabéticos, orienta-los quanto ao uso correto do aparelho de monitoramento de glicemia, e ainda orientar quanto ao uso, aplicação e conservação de insulina no tratamento da Diabetes Mellitus.

Conclui-se profissional farmacêutico, é essencial para esses pacientes, não só na doença da Diabetes Mellitus como também nas demais, esse profissional pode melhorar a vida dos pacientes e também consegue ajudar a controlar a doença para que ela não chegue a ter uma complicação grave.

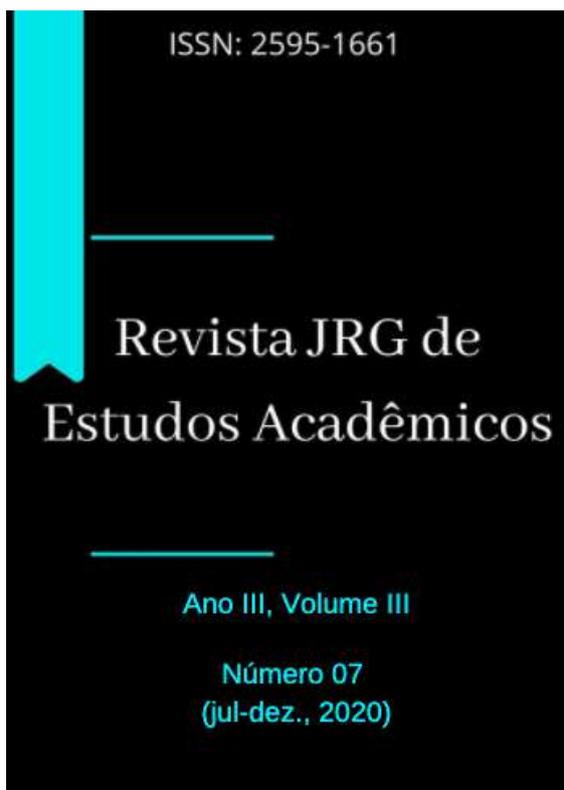
Referências

1. Costa Amine Farias, Flor Luísa Sorio, Campos Mônica Rodrigues, Oliveira Andreia Ferreira de, Costa Maria de Fátima dos Santos, Silva Raulino Sabino da et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017. 33(2): e00197915. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205011&lng=pt. Epub 30-Mar-2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00197915>.
2. Rolim, Carlos Eduardo et al. A Importância da atenção farmacêutica e a diabetes mellitus tipo 2. INTESA – Informativo Técnico do Semiárido(Pombal-PB), v 10, n 2, p 92 - 104, Jul- dez,2016.
3. SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019- 2020. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/diretrizes-completa-2019-2020.pdf>. Acesso dia10/10/2020.

4. Moraes, Désirée Paula Barros, Arante, Gleicy Kelen Silveira & Castro, Geane FreitasPires Vaz. Aporte farmacêutico a portadores de diabetes tipo II, Revista Transformar,2017.
5. Marques, Luciene Alves Moreira et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população São Joanense. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,2011.
6. Almeida, Nágila Mylla Melo, Belfort, Ilka Kassandra Pereira & Monteiro, SallyCristina Moutinho. Cuidado farmacêutico a um portador de diabetes: relato de experiência, Santa Maria, v. 43, n.3, p. 1-9, set./dez.2017.
7. Patricio, Miguel et al. Using Resistin, glucose, age and BMI to predict the presenceof breast cancer. BMC cancer, v. 18, n. 1, p. 29,2018.
8. Miranda Gabriella Morais Duarte, Mendes Antonio da Cruz Gouveia, Silva Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 June [cited 2020 Nov08] ; 19(3): 507-519.
9. Zombini, Edson Vanderlei et al. Classe hospitalar: a articulação da saúde e educaçãocomo expressão da política de humanização do SUS. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 71-86,mar./jun.2012.
10. Araújo, Aílson da Luz André de & FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 42, n. 1, jan./mar,2008.
11. Cortez, Daniela X; LEITE, Renata M. Daniela. Assistência Farmacêutica noSUS. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, Vol. 2, Nº 5, Ano 2014.
12. Costa, Fabryciane Gonçalves. Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociaisno contexto do diabetes mellitus, João Pessoa,2017.
13. Brandão, Aloísio. Controle do diabetes: o papel estratégico do farmacêutico – ENTREVISTA com o Farmacêutico Roberto Bazzote. Pharmacia Brasileira nº 79 – Novembro/Dezembro 2010/Janeiro2011.
14. Lavrins, Carollynne Ferreira Silva. A importância do profissional farmacêutico na melhoria da qualidade de vida dos pacientes diabéticos. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, da Universidade de Rio Verde – UniRV – Campus Rio Verde,2016.
15. Gabe Kamila Tiemann, Jaime Patricia Constante. Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos, 2018. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2020 [citado 2020 Out 31] ; 29(1): e2019045.

16. Berto Silvia Justina Papini, Carvalhaes Maria Antonieta Barros Leite, Moura Erly Catarina de. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Aug [cited 2020 Oct 31] ; 26(8):1573-1582.
17. Malta Deborah Carvalho, Campos Maryane Oliveira, Oliveira Max Moura de, Iser Betine Pinto Moehlecke, Bernal Regina Tomie Ivata, Claro Rafael Moreira et al . Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Oct 31] ; 24(3): 373- 387.
18. Ferreira Arthur Pate de Souza, Szwarcwald Célia Landmann, Damacena Giseli Nogueira. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 31] ; 22: e190024. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100420&lng=en. Epub Apr 01,2019.
19. Prado Maria Aparecida Medeiros Barros do, Francisco Priscila Maria Stolses Bergamo, Barros Marilisa Berti de Azevedo. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Nov 13] ; 21(11): 3447-3458. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103447&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.24462015>.
19. Moraes, Désirée Paula Barros de; VAZ, Gleicy Kelen Silveira Arante; CASTRO, Geane Freitas Pires de. Aporte farmacêutico a portadores de diabetes tipo II. Revista Transformar, Itaperuna-RJ 10ª edição,2017.
20. Lucas Neto, João; Soares, Keidy da Silva. O Papel do Farmacêutico no Controle Racional de Mediamentos: Pacientes em Tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 na Casa de Repouso da Sociedade São Vicente de Paulo de Coromandel. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 01, Vol. 03, pp. 68-85, Janeiro de 2018.
21. Oliveira, TCA; Farhat, Fátima Cristiane Lopes Goularte; Fegadolli, Claudia. Implantação de protocolo de orientação farmacêutica para indivíduos com Diabetes mellitus em farmácia comunitária. Revista Brasileira de Farmácia, v. 93, n. 3, p. 379-384, 2012.
22. Pinheiro, Ana Caroline Da Costa Pinto. Protocolo De Cuidado Farmacêutico APacientes Com Diabetes Mellitus Na Atenção Primária À Saúde. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.
23. Alencar, Bruno Rodrigues; Alencar, Tatiane de Oliveira Silva. Cuidados farmacêuticos em pessoas com diabetes em uso de insulina: relato de experiência. CEP, v. 49060, p. 440.2018.

24. Plácido, Viviane Butara de; Fernandes, Leonardo Parr dos Santos; Guarido, Cristiane Fátima. Contribuição da Atenção Farmacêutica para pacientes portadores de diabetes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UNIMAR. Rev. Bras. Farm, v. 90, n. 3, p. 258-263,2009.
25. Buzetto, Tamires; de Oliveira, Karla Renata. Estudo e aplicação da prática da atenção farmacêutica a portadores de diabetes mellitus em unidade básica de saúde. Revista Contexto & Saúde, v. 10, n. 19, p. 41-49,2010.
26. Delbon, Camila Carvalho et al. Avaliação de conhecimento sobre diabetes em profissionais de assistência em farmácia que atuam na rede pública no município de Campinas. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.2018.
27. Silva, Carlena; Sousa, Juarez. O farmacêutico na unidade básica de saúde: atenção farmacêutica ao portador de Diabetes mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Santarém/PA. Acta Farmacêutica Portuguesa, v. 6, n. 1, p. 38-44,2017.
28. Aires, Cláudia Cristina Nóbrega de Farias & Marchiorato, Liliane. Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Tereza Barbosa: análise de caso. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.1 n.1 1-24 set./dez. 2010.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **12/10/2020**

Data de reformulação: **09/11/2020**

Data do aceite: **19/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4282957>

Publicado: **2020-11-20**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

*NURSING CARE FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER: A LITERATURE REVIEW*

*Stefanny Carvalho Barbosa¹
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo²
Mariana Idnês de Oliveira Interaminense Mendes³*

Resumo:

Transtorno de Personalidade de Borderline (TPB) é descrito como um parâmetro universal de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e sentimentos, e instabilidade significativa, que se inicia no começo da fase adulto-jovem. Este trabalho tem como objetivo observar e analisar o que há na literatura recente sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As pesquisas dos artigos foram feitas em três bases de dados (BEDENF, LILACS E SCIELO). Os critérios de inclusão, previamente estabelecidos na estratégia, foram de artigos disponíveis publicados nos últimos 5 anos (2016 a

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista UNIP, SP, DF, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7518-6239>. E-mail: stefanny5.carvalho@gmail.com

² Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde Universidade de Brasília, UnB, Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4718-5084>. E-mail: PROFANDREYH@GMAIL.COM. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7080809442707509>

³ Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Brasília, DF, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6634-8534>. E-mail: MARIDNES@GMAIL.COM

2020), em português e na íntegra, artigos originais e artigos relacionados ao problema de pesquisa; e os critérios de exclusão foram artigos que não tinham relação com o objetivo proposto, artigos em outro idioma e livros. Resultado: Foram inclusos 7 artigos científicos que foram agrupados nas seguintes categorias de discussão: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB): do conceito ao desafio, Competências do profissional de enfermagem e a Importância da assistência de enfermagem no tratamento de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Conclusão: a enfermagem tem um papel muito importante no cuidado ao paciente com TPB, sendo necessário que os profissionais sejam capacitados o suficiente para lidar com determinadas situações que podem surgir durante a assistência, pois são paciente compulsivos e agressivos, em alguns momentos.

Palavras-chave: Transtorno da Personalidade Borderline, Enfermagem Psiquiátrica, Diagnóstico.

Keywrods

Borderline Personality Disorder (TPB) is described as a universal parameter of instability in interpersonal relationships, self-image and feelings, and significant instability, which begins at the beginning of the young-adult phase. This work aims to observe and analyze what is in the recent literature on the importance of nursing care to patients with Borderline Personality Disorder (TPB) Methodology: it is an integrative literature review. The searches of the articles were made in three databases (BEDENF, LILACS AND SCIELO). The inclusion criteria, previously established in the strategy, were available articles published in the last 5 years (2016 to 2020), in Portuguese and in full, original articles and articles related to the research problem; and the exclusion criteria were articles that were not related to the proposed objective, articles in another language and books. Result: 7 scientific articles were included, which were grouped into the following discussion categories: Borderline Personality Disorder (TPB): from concept to challenge, Nursing professional skills and the importance of nursing care in the treatment of Borderline Personality Disorder (TPB)). Conclusion: nursing has a very important role in the care of patients with BPD, and it is necessary that professionals are trained enough to deal with certain situations that may arise during care, as they are compulsive and aggressive patients, at times.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Psychiatric Nursing, Nursing Team, Diagnosis.

Introdução

O transtorno da personalidade (TP) pode ser definido como “padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo”¹⁻³. Existem transtornos de personalidade os quais a identificação é mais complexa, principalmente por algum profissional com pouca experiência³.

Dentro desse universo, um transtorno de personalidade pouco conhecido e de difícil detecção, pois seus sintomas são comuns a outros transtornos, é o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Este tipo de transtorno tem sido considerado um dos mais complexos de serem tratados^{4, 5}. Os transtornos de personalidade implicam

em padrões disfuncionais de percepção, relação e pensamento sobre si mesmo e sobre os outros, expressos em contextos sociais e interpessoais³.

Com o crescente processo de globalização, inúmeras atividades exigem, cada vez mais, um grande esforço mental e físico dos seres humanos, fazendo com que isto impacte diretamente na saúde mental de cada indivíduo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais correspondem a 13% das doenças mundiais, abrangendo cerca de 450 milhões de indivíduos em todo o mundo. Em vista disso, a probabilidade é de que este índice chegará a 15% até o ano de 2030^{1,2}. Ainda, relacionados ao transtorno, estão presentes as altas taxas de suicídio, déficit funcional grave e elevado índice de transtornos mentais associados, ocasionando um grande custo financeiro e desgaste para os indivíduos, suas famílias e ainda para a sociedade de modo geral⁶. A ocorrência do TPB em adultos corresponde a cerca de 27% da população que sofre de algum transtorno mental⁷, dos quais três quartos corresponderiam a indivíduos do sexo feminino⁸. No entanto, estima-se que muitos casos de TPB não chegam a ser diagnosticados, conseqüentemente, a prevalência geral pode se aproximar a 6% da população mundial³.

Para o tratamento do TPB é necessário incluir o manejo de crises, com domínio de comportamentos emocionais intensos, avaliação do risco de auto ou heteroagressividade e comportamento suicida^{9,10}. Vale ressaltar que, um fator significativo no tratamento de pacientes com esse transtorno é uma comunicação clara e direta, com objetivos e limites bem estabelecidos, visando um plano de atendimento que conceda estrutura e segurança ao paciente¹⁰. Logo, compreender e saber lidar com o indivíduo e com a TPB é fundamental, pois é necessário um correto diagnóstico desse transtorno e, se possível, com brevidade e assertividade. Diante disso, no que se diz respeito ao tratamento da pessoa com TPB, ressalta-se a importância do profissional de enfermagem atuante na área de urgência e emergência estar bem preparado para lidar com este tipo de paciente¹¹.

Dessa maneira, a assistência de enfermagem nos casos de pacientes Borderline, tem-se que em comparação a outros tipos de transtornos mentais, como esquizofrenia ou depressão, muitos profissionais que apresentam certa rejeição aos indivíduos com TPB, visto que estes demonstram maior agressividade e riscos associados à assistência. Pode-se dizer que, os profissionais de enfermagem são generalistas, com preparação científica, humana e capacitação considerável para avaliar, distinguir e concretizar as necessidades de saúde e cuidados de pessoas saudáveis ou doentes, das famílias e população¹².

Portanto, convém ao profissional de enfermagem na urgência e emergência, de forma prioritária, promover a segurança do paciente, ajudá-lo a lidar com as suas emoções e as formas de controlá-las, ensinar técnicas de reestruturação cognitiva que possam auxiliar a pessoa a suspender os pensamentos negativos, conceber uma relação de confiança e iniciar o processo terapêutico¹⁴.

Nesse sentido, é fundamental que o profissional de enfermagem esteja em constante processo de capacitação tanto teórico, quanto prático, pesquisando, conhecendo e se aprofundando mais em relação aos transtornos psiquiátricos, determinando seus conceitos e suas políticas, além de ser um profissional competente com capacidade de integrar e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos portadores de TPB¹⁵.

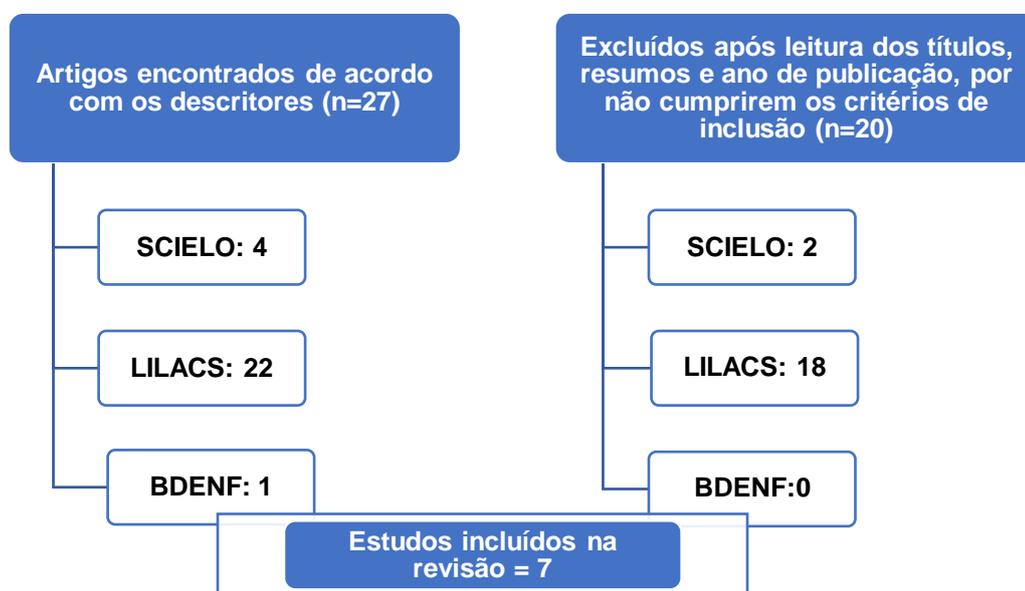
Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo observar e analisar o que há na literatura recente sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

Métodos

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, pois tem como finalidade sintetizar os resultados obtidos nas pesquisas sobre o tema em questão. Para a execução do trabalho, construiu-se uma estratégia de identificação e seleção dos estudos embasada em publicações das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDEnf) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), classificadas como as principais bases de dados brasileiras da área da saúde.

Para a busca das informações nestas, utilizou-se os seguintes descritores presentes no DeCS, seguidos do operador booleano “AND”: *TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE and ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA and DIAGNÓSTICO*. O período de busca dos artigos foi de maio a outubro de 2020. No período da busca e seleção dos trabalhos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos (2016 a 2020); artigos publicados em português e na íntegra; artigos originais e artigos relacionados ao problema de pesquisa. Excluíram-se artigos que não tinham relação com o objetivo proposto, artigos em outro idioma e livros, bem como os que não atendiam aos critérios de inclusão.

A Figura 1 abaixo demonstra o processo de busca dentro das bases de dados, bem como o processo de chegada ao número final da amostra presente neste estudo. Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos artigos para a revisão integrativa. Brasília, 2020



Fonte: Dados da pesquisa.

Após a consulta à base de dados, os elementos coletados foram organizados em uma planilha. Assim, elaborou-se um recurso, para facilitar a análise dos dados, com informações detalhadas dos estudos constando título, autor, objetivo, método, conclusão e ano de publicação.

Resultados e discussão

Evidencia-se na Figura 2, as informações dos 7 artigos coletados desta revisão integrativa, onde foram interpretados e sintetizados todos os resultados por meio de uma comparação dos dados apresentados na análise dos trabalhos.

Figura 2. Distribuição dos artigos de acordo com o título, autor, objetivo, método, conclusão e ano de publicação. Brasília, 2020.

	Título	Autor	Objetivos	Metodologia	Conclusão	Ano
Artigo 1	Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade de borderline na perspectiva freireana	Emanuelli Carly Dall Agnol, Sylvania Garcia Meazza, Andréa Noeremberg Guimarães, Carine Vendruscolo, Ana Karolliny Testoni	Compreender, perante o ponto de vista ético de Freire, o cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline	Pesquisa qualitativa ao qual a elaboração das informações foi realizada em duas unidades de internação psiquiátrica	Compreendeu-se que as hipóteses da obra Freireana possibilitou a reflexão sobre a importância do diálogo, na comunicação entre pacientes e profissionais de enfermagem	2019
Artigo 2	Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico do Paciente com Personalidade de Borderline	Rochele Luciane Möller, Fernanda Barcellos Serralta, Aline alvares Bittencourt, Silvia Pereira da Cruz Benetti	Retratar os sinais de contratransferência no processo do primeiro ano de uma terapia psicanalítica de uma paciente com TP	Estudo de caso sistemático que busca a compreensão do processo terapêutico, através da utilização de medidas repetidas e metodologia mista	Concluiu-se que o sofrimento psíquico de pacientes com TPB não se limita apenas aos indivíduos diagnosticados, como também a quem se relaciona com ele	2018
Artigo 3	Transtornos da personalidade de	Angela K. Mazer, Brisa Burgos D. Macedo, Mário Francisco Juruena	Administrar indivíduos com TPB, devido à grande busca por unidades de atendimento psiquiátrico	Revisão descritiva, que busca elucidar a definição de transtornos da personalidade, além de discorrer sobre aspectos históricos, nosológicos e epidemiológicos	Considerou-se que, entre os TP, o tipo borderline apresenta a maior demanda por tratamento e as evidências mais consistentes de intervenções terapêuticas eficazes	2017

Artigo 4	Percepção dos enfermeiros frente ao atendimento a portadores de transtorno de Borderline	Ana Paula Carvalho Cassiano, Rosângela Gonçalves da Silva, Caroline Lourenço de Almeida, Daniel Augusto da Silva	Qualificar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica, diante suas ações preventivas das pioras relacionados ao TPB	Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizada com enfermeiros operantes em Unidades Básicas de Saúde de uma cidade do interior Paulista	Constatou-se que é necessário que os futuros enfermeiros estejam preparados, conhecendo de maneira aprofundada o assunto, para que, assim, o conceito de patologia psiquiátrica mude	2016
Artigo 5	Modo borderline e mundo do trabalho: um ensaio sobre implicações e perspectivas atuais	Kamila Ferreira Marinho, Cleber Gibbon Ratto	Analisar a sociedade contemporânea em suas formas de vida e a influência acerca do mundo do trabalho	Para a escrita, utilizou-se a forma do ensaio, dividido em três grandes blocos	Pôde-se afirmar que o mundo do trabalho na modernidade é simultaneamente e efeito e força características dos novos modos de existir e conviver	2016
Artigo 6	O Relacionamento Terapeuta-cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline	Olívia Rodrigues da Cunha, Luc Vandenberghe	Apresentar, de modo paradoxal, como a análise das dificuldades no relacionamento podem trazer maior eficiência ao tratamento	Estudo de caso com uma cliente, através do método de observação participante	Sugeriu-se que uma associação das colaborações de várias correntes teóricas, que abrangem a terapia comportamental atual, pode tornar mais eficiente o tratamento de casos difíceis e ajudar a vencer um padrão rígido	2016
Artigo 7	Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes borderline	Milena da Rosa Silva, Denise Steibel, Paula von Mengden Campezzato, Lívia Fração Sanchez, Eduarda Duarte de Barcellos, Paula de Paula Fernandes, Regina Pereira Klarmann	Refletir sobre a frequência e a determinação do contrato com pacientes borderline	Atendimento em psicoterapia a uma paciente de 20 anos com essa hipótese diagnóstica	Conclui-se que a terapeuta precisa segurar o contrato em sua mente até que a paciente possa tolerá-lo	2016

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir destes trabalhos, foi possível a sintetização de conceitos e resultados em três temas para a discussão, sendo eles: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB): do conceito ao desafio; Competências do profissional de Enfermagem; e a Importância da Assistência de Enfermagem no tratamento de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB): DO CONCEITO AO DESAFIO

Adolf Stern utilizou o termo Borderline em 1938, referindo-se a pacientes que não eram favorecidos pela psicanálise tradicional e nem se encaixavam nos grupos neurose ou psicose. Desse modo, a nova modalidade surgiu do obstáculo no modelo clínico dominante: de um lado, a limitação dos conceitos diagnósticos conhecidos, do outro, a complexidade das estratégias clínicas em alcançar os mecanismos deduzidos da psicopatologia¹⁶.

Transtorno de Personalidade de Borderline (TPB) é descrito como um parâmetro universal de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, autoimagem e sentimentos, e instabilidade significativa, que se inicia no começo da fase adulto-jovem¹⁵. Portadores desse tipo de transtorno, geralmente apresentam condutas autodestrutivas, como cortes, arranhões e tentativas de autoextermínio. A maioria dessas tentativas são formas de “chamar atenção” ao sofrimento emocional sentido e não constituem a verdadeira intenção de ceifar a própria vida¹⁷.

Nesse sentido, o sofrimento psicológico dos pacientes com TPB se limita apenas àqueles que possuem o transtorno, mas, também, aflige os laços das pessoas com quem convivem. Uma vez que a hostilidade principal desses pacientes se expande em suas outras relações, e até mesmo se repete em cenários terapêuticos, compete ao terapeuta proporcionar um melhor manejo terapêutico, cujas adequações em termos de técnicas devem ser adaptadas de acordo com sua particularidade¹⁸.

O progresso para um diagnóstico do TPB pode ser disponibilizado por um indivíduo que seja próximo do paciente, onde ele poderá relatar sua percepção sobre complicações e adversidades, causados pelo paciente durante um longo período relacionado ao comportamento interpessoal do mesmo¹⁹.

Por viverem de maneira intensa, indivíduos portadores de TPB frequentemente sofrem de extrema ansiedade, assim afetando suas vidas por não conseguirem suportá-la. Logo, é de grande importância o acolhimento desses pacientes por profissionais qualificados e que os auxiliem a aderir ao tratamento¹⁵.

Pelas dificuldades existentes, indivíduos com o diagnóstico de TPB são árdus e considerados difíceis de tratar. Em consequência disso, o TPB transformou-se em um transtorno caracterizado por atitudes negativas, euforia e preocupações relacionadas à oferta do tratamento¹⁹.

COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O enfermeiro tem como responsabilidade proporcionar assistência, definindo estratégias de cuidados efetivos a fim de promover a melhoria do paciente, juntamente com a equipe multiprofissional, envolvendo todos os integrantes do setor. Para esse fim, é de extrema importância que esse profissional se encontre respaldado teoricamente, desta forma, propenso a uma atuação qualificada ao paciente¹⁵.

Nesta perspectiva, efetivar um correto diagnóstico e identificar os obstáculos que o transtorno demonstra, associados à sentimentalidade clínica, torna-se

essencial, de forma que prováveis comportamentos emocionais futuros não sejam atenuadas, mas que recebam a manipulação terapêutica adequada, ou seja, que ajude a prosseguir um tratamento de acordo com as características do cliente¹⁸.

Portanto, o profissional de enfermagem deve direcionar uma prática de cuidado com comprometimento da equipe, tendo em vista o comportamento instável emocionalmente do portador de TPB. Assim, para se obter um resultado terapêutico proveitoso e objetivo é necessário equilíbrio e complacência para enfrentar ocorrências imprevistas pelo paciente, já que os enfermeiros sofrem com a inexperiência e desqualificação para atuar frente a estes¹⁷.

Por fim, o enfermeiro deve se encarregar de um papel ativo, observando o diálogo não verbal do paciente e os seus comportamentos emotivos de abalo e perturbação, oferecendo, ainda, compreensões em relação as atitudes do mesmo²¹ e isto só é possível caso o profissional de enfermagem mantenha o processo de capacitação teórico-prático, buscando pesquisar e entender mais a respeito dos transtornos psiquiátricos¹⁷.

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB)

Sabendo que o TPB se caracteriza de forma mundial como um padrão de impulsividade, ansiedade e de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, vale ressaltar o quão importante é para os profissionais da saúde, essencialmente a equipe assistencial de enfermagem, que desenvolvam estratégias e formas para um bom acolhimento destes pacientes¹⁵.

O enfermeiro, ao tratar de pessoas com TPB, dispõe de um papel importante para que o acolhimento se concretize. Esses profissionais, agindo em contato com o paciente, geram circunstâncias propícias à aproximação, o que colabora para uma relação de segurança e respeito recíproco¹⁷. Logo, os métodos de técnicas eficientes aos pacientes com TPB incluem a resposta/reação e efetividade do terapeuta.

A enfermagem, sendo o principal elo entre saúde e doença, está diretamente vinculada ao sofrimento das pessoas enfermas. Os indivíduos que sofrem necessitam de alguém que os ofereçam os cuidados essenciais para amenizar tal sofrimento. Em vista disso, é fundamental que os profissionais da enfermagem entendam e desenvolvam estratégias direcionadas a atenção dos portadores desse transtorno, dado que diversas vezes eles estão próximos, no entanto, não são identificados¹⁵.

Os obstáculos presentes no processo terapêutico não devem ser uma barreira, mas sim, devem ser habitados, de modo que se disponha de uma terapia de maior qualidade e rendimento ao paciente. Além de tudo, mecanismos envolvendo diversas outras terapias comportamentais podem ajudar na assistência dos profissionais da saúde em casos “difíceis”¹⁶. O percurso psicoterapêutico dos pacientes com TPB é geralmente tormentosa, em razão da demora a buscar um serviço de saúde e que, quando decidem procurar atendimento, costumam faltar às consultas e até mesmo desistir do tratamento²¹.

Sendo assim, o sofrimento psíquico de pacientes com TPB não se delimita unicamente às pessoas com esse diagnóstico, mas também às vinculações que convivem com eles. Compete ao colaborador da saúde proporcionar melhores práticas e manuseio terapêutico, onde ajustamentos em proporção à técnica estejam satisfatórios e em conformidade com as suas particularidades¹⁷⁻¹⁹.

Considerações finais

O presente trabalho teve como principal objetivo observar o que a literatura recente relata sobre a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno de personalidade Borderline. Nesse sentido, a pesquisa possibilitou constatar que o TPB é um transtorno que se caracteriza por determinados sintomas específicos, como: pessoas que possuem dificuldade em ter um bom relacionamento interpessoal, que acha que está sempre sendo perseguida, que tem dificuldade com a própria identidade, ansiedade e impulsividade.

Em vista disso, a importância do trabalho realizado, além de explicar significativamente a qualidade dos serviços/cuidados de enfermagem, está na identificação dos principais problemas que afetam e que impede um cuidado humanizado e de qualidade. Logo, para alcançar melhor assistência é necessário investir em profissionais técnicos e enfermeiros capacitados e experientes quanto a pacientes com esse tipo de transtorno, sabendo diferenciá-lo de outros diagnósticos.

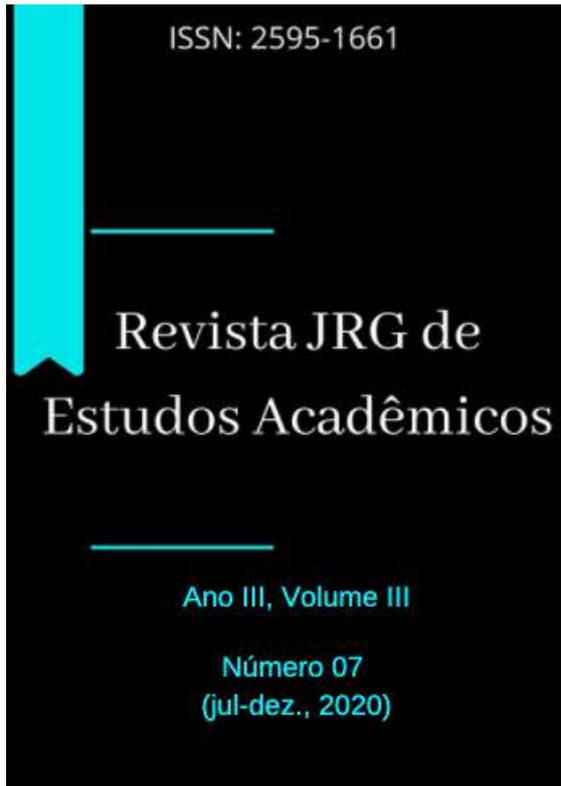
Durante a realização do presente estudo foram encontradas limitações que dificultaram o desenvolvimento do trabalho, podendo-se destacar principalmente, a dificuldade na obtenção de dados e pesquisas relacionadas ao assunto, pois é um tema pouco discutido, isto é, ainda é um diagnóstico muito recente na psiquiatria.

Dessa forma, entende-se que o trabalho realizado apresenta contribuição significativa ao assunto em estudo, tanto para o setor de saúde, quanto para os profissionais da área de enfermagem. Assim, para fins de trabalhos futuros, sugere-se estudos mais profundos e assíduos das práticas e do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem no que se refere aos cuidados de pacientes com transtorno de personalidade Borderline.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). World Health Statistics 2011. 2011.
2. _____ . Mental Health: Action Plan 2013-2020. 2013.
3. Americana AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Brasil: Artmed; 2014.
4. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
5. Sulzer SH. Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*. 2015; 142: 82-89.
6. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011; 377(1): 74-84.
7. Kienast T, Stoffers J, Bempohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2014; 111(16): 280-286.
8. Ribeiro HL, Cordás TA, Nogueira FC. Transtorno da personalidade borderline. In: Louzã Neto, Mario R.; Cordás, Táki A. & Cols. *Transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 111-122
9. Macedo BBD, Vianna CKS, Menezes CNB. A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. *Revista de Humanidades*. 2014; 29: 267-287.
10. Linehan M. *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta [trabalho original publicado em 1993]*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

11. Pollis AA, Oliveira II, Vasconcelos CR, Ferreira WFS. Transtorno de personalidade borderline e assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. *Disciplinarum Sciential Saúde*. 2019; 20(1): 15-36.
12. García C, Gómez García CI, Antón Hurtado F. Comunicação interprofissional desde a cultura organizacional de cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermaría y Humanidades*. 2011; 31: 85-92.
13. Silva, RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(2): 309-315.
14. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32:(2): S87-S95.
15. Cassiano AP, Silva RG, Almeida CL, Silva DA. Percepção dos enfermeiros frente ao atendimento a portadores de transtorno de borderline. *Nursing*. 2016; 19(220): 1381-1385.
16. Cunha OR, Vandenberghe L. O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade borderline. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2016; 18(1):72-86.
17. Agnol EC, Meazza SG, Guimarães AN, Vendruscolo C, Testoni AK. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019; 40.
18. Möller RL, Serralta FB, Bittencourt AA, Benetti SPDC. Manifestações contratransferenciais no processo terapêutico de uma paciente com personalidade borderline. *Psico-USF*. 2018; 23(4): 705-717.
19. Mazer A, Macedo BB, Juruena MF. Transtornos da personalidade. *Medicina*. 2017; 50(1): 85-97.
20. Marinho, Kamila Ferreira, and Cleber Gibbon Ratto. Modo borderline e mundo do trabalho: um ensaio sobre implicações e perspectivas atuais. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25: 171-185.
21. Silva MR, Steibel D, Campezzatto PVM, Sanchez LF, Barcellos ED, Fernandes PP, Klarmann RP. Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes borderline. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2016; 18(1): 13-22.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **25/10/2020**

Data de reformulação: **01/11/2020**

Data do aceite: **20/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4284006>

Publicado: **2020-11-21**

REPOSIÇÃO HORMONAL COM HORMÔNIOS BIOIDÊNTICOS E SEUS EFEITOS PÓS – MENOPAUSA

REEMPLAZO HORMONAL POR HORMONAS BIOIDENTALES Y SUS POSTEFECTOS – MENOPAUSIA

HORMONAL REPLACEMENT WITH BIOIDENTAL HORMONES AND THEIR POST EFFECTS – MENOPAUSE

*Daiane Mendes Arcanjo¹
Mariana Rodrigues S. Menezes²*

RESUMO

Objetivo: Identificar os efeitos da reposição hormonal com hormônios bioidênticos pós menopausa. **Método:** O estudo baseia-se em uma revisão literária de abordagem qualitativa, com publicações entre 2010 a 2019 indexados nos bancos de dados Lilacs, Scielo, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

¹ Acadêmica Daiane Mendes Arcanjo do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7015-939X>.

E-mail: lucasmendes_arcanjo@hotmail.com.br

² Bacharel em enfermagem com obtenção do título pela Universidade da Amazônia (2011), pós graduada lato sensu de enfermagem em cardiologia pelo IEFAP/FHCGV (2013), realizou como aluna especial disciplina de mestrado em pesquisa qualitativa pela UEPA (2013), pós- graduação de enfermagem em oncologia modalidade residência multiprofissional em saúde pela Universidade do Estado do Pará (2015), Mestre em saúde, ambiente e sociedade pela UFPA (2017), aluna especial do doutorado em saúde coletiva da UNB (2019), nível avançado em Inglês pela escola de idiomas Aslan English Course Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0031-4814>. E-mail: marianasilva333@gmail.com.

totalizando 04 artigos. **Conclusão:** O tema abordado é atual e de grande importância para a saúde. Entretanto, ainda há muito que se conhecer sobre a reposição hormonal e seus efeitos nos seres humanos.

Palavras-chave: Pós menopausa. Hormônio Bioidêntico. Estrógeno

RESUMEN

Objetivo: Identificar los efectos del reemplazo hormonal con hormonas bioidénticas después de la menopausia. **Método:** El estudio se basa en una revisión literaria con enfoque cualitativo, con publicaciones entre 2010 y 2019 indexadas en las bases de datos Lilacs, Scielo y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), totalizando XX artículos. **Conclusión:** El tema abordado es actual y de gran importancia para la salud. Sin embargo, queda mucho por saber sobre el reemplazo hormonal y sus efectos en los seres humanos. **Descriptor:** Post menopausia, Hormona bioidéntica, estrógeno

ABSTRACT

Objective: To identify the effects of hormone replacement with bioidentical hormones after menopause. **Method:** The study is based on a literary review with a qualitative approach, with publications between 2010 and 2019 indexed in the Lilacs, Scielo, and Virtual Health Library (VHL) databases, totaling XX articles. **Conclusion:** The topic addressed is current and of great importance to health. However, much remains to be known about hormone replacement and its effects on humans.

Keywords: Post menopause. Bioidentical Hormone. Estrogen.

INTRODUÇÃO

Os Hormônios Bioidênticos são compostos químicos que têm exatamente a mesma estrutura molecular dos hormônios endógenos humanos.¹

O conceito prevalente é o de que a utilização de hormônios bioidênticos pode ser mais segura e eficaz de que a utilização de hormônios não-bioidênticos, uma vez que aqueles se conectam aos receptores químicos presentes na membrana das células de forma semelhante a ligação estabelecida pelos hormônios endógenos humanos.¹

Os principais hormônios bioidênticos pode ser apropriado, pois são importantes para controlar os níveis hormonais no organismo, repondo o que falta no corpo. Mas devem ser utilizados com cautela, sendo os endocrinologistas os profissionais aptos para receita-los de maneira correta, na dose ideal, evitando complicações futuras.¹

Os hormônios esteroides humanos são divididos em 5 classes principais: estrógenos, progestógenos, androgênios, mineralocorticoides e glicocorticoides. Para o tratamento dos sintomas da menopausa, são utilizados mais comumente os estrógenos e progestagênios.¹

A menopausa é uma condição fisiológica que marca o término permanente da menstruação. Devido aos seus sintomas muitas vezes afetarem a qualidade de vida das mulheres, estas necessitam de recorrer a terapias

hormonais. A Terapia Hormonal de Substituição, assume-se como a terapia mais usual entre a população feminina pela sua eficácia no alívio dos sintomas da menopausa.²⁻⁴

Contudo, devido a um estudo observacional efetuado, que revelou que esta terapia apresentava grandes riscos para a saúde das mulheres que a utilizavam, passou a perder evidência, sendo esta ganha por terapias alternativas.⁴

Apesar de existir há alguns anos, a Terapia Hormonal Bioidêntica nunca tinha sido vista como uma opção fiável para o tratamento dos sintomas da menopausa. Esta terapia consiste na utilização de hormonas bioidênticas que, se definem como sendo hormonas de origem sintética que apresentam uma estrutura química e molecular semelhante às das hormonas presentes no organismo humano. Entre estas hormonas encontra-se o estradiol, estriol, estrona, progesterona, testosterona e dehidrepiandrosterona.⁴

A menopausa pode também levar ao aparecimento de distúrbios no metabolismo dos lípidos em que o declínio do estradiol resultante da menopausa aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças cardiovasculares, devido aos fatores de risco associados ao aumento de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição dos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL).⁴

A terapia hormonal de substituição consiste num estrogênio isolado ou em associação com progestagênios. Devido à sua eficácia, custo e conveniência, tem vindo a ser utilizada para o tratamento dos sintomas da menopausa, tais como afrontamentos, suores noturnos e distúrbios de sono. Esta terapia tem-se mostrado eficaz no alívio dos sintomas vasomotores e também da atrofia vaginal.⁴

Relativamente à Terapia Bioidêntica Composta, apesar de ser considerada empiricamente bastante mais eficaz do que qualquer outra existente, não existem estudos que o comprovem,⁴ com isso, esse estudo tem por objetivo identificar os efeitos da reposição hormonal com hormônios bioidênticos pós a menopausa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão literária de abordagem qualitativa que permite uma ampla abordagem sobre o tema exposto, proporcionando a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade definição de conceitos de resultados e estudos.

Deu-se início a coleta em março de 2020, onde foram 08 meses de levantamento de dados e estudos relevantes para a pesquisa em questão.

Foram considerados os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, os critérios de inclusão de artigos no presente estudo foram: artigos que abordassem a temática na língua portuguesa disponíveis na integral e que atingisse o objetivo proposto, publicados entre 2010 a 2019 indexados nos bancos de dados Lilacs, Scielo, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) totalizando 06 artigos. Foram excluídos da pesquisa, artigos que não estavam completos na base de dados.

Para o levantamento dos artigos foram utilizados os seguintes termos pesquisados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): Pós menopausa, Hormônio Bioidêntico, Estrógeno.

A análise dos estudos selecionados, em relação ao delineamento de pesquisa, pautou-se em, artigos que tratassem diretamente sobre os efeitos da

reposição hormonal pós menopausa nos anos de 2015 a 2019 , sendo que tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, e descrever, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base nos artigos selecionados para discussão, foi elaborado uma tabela com os seguintes parâmetros: (1) Ano de publicação, (2) Autores, (3) Objetivo e (4) Discussão e Conclusão. Estabelecendo um propósito de alcançar o objetivo proposto do trabalho.

Ano	Autor	Objetivo	Discussão e Conclusão
2013 ¹	Thereza Mylene de Moura Pereira	Caracterização térmica de hormônios bioidêntico	Os coeficientes de correlação de Pearson obtidos por meio de espectro de FTIR confirmaram a ausência de produtos de degradação do estado sólido para os hormônios bioidênticos.
2014 ²	Maria Celeste Osório Wender Luciano de Melo Pompei César Eduardo Fernandes	Questões referentes a reposicao hormonal na peri e na pos-menopausa	Dados não mostram efeito comprovado da utilizacao de medicamentos fitoterapicos, mudancas no estilo de vida ou realizacao de acupuntura para reduzir sintomas vasomotores
2016 ³	Beatriz Monteiro de Barros Pereira, Conceição Maria Fraga Guedes, Cesar Augusto Costa Machado	Realizar uma revisão sistemática da literatura e uma análise crítica sobre o uso da terapia hormonal associada ao risco de câncer de mama	Nas pacientes que não apresentam fatores de risco evidentes, a TH provavelmente não acarretará risco significativo para câncer

			de mama, se utilizada por menos de cinco anos.
2016 ⁴	Ana Filipa Castro Frazão	Sistemas Terapêuticos para a Administração de Hormonas Bioidênticas	Após a realização de um estudo pela WHI, foi possível concluir que afinal, a THS, apesar da sua mais valia no alívio de alguns sintomas da menopausa tais como os sintomas vasomotores, os seus riscos associados por muitas vezes mascaram os benefícios.
2018 ⁵	Louiza S. Velentzis, Emily Banks, Freddy Sitas, Usha Salagame ¹ , Eng Hooi Tan, Karen Canfell	Uso da terapia hormonal menopáusicas e Terapia hormonal bioidêntica na Austrália Mulheres de 50 a 69 anos de idade	Os cânceres atribuíveis MHT na Austrália foram estimados usando a exposição MHT geral e de longo prazo com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2004, e estimou-se que 453 cânceres de mama foram atribuíveis ao MHT combinado em 2010.
2019 ⁶	Louise Newson	Os riscos da Hormonoterapia	É essencial que os médicos e as mulheres estejam cientes dos danos potenciais desses hormônios e não sejam induzidos a pagar por produtos caros

			não regulamentados.
--	--	--	---------------------

Os Hormônios Bioidênticos são compostos químicos que têm exatamente a mesma estrutura molecular dos hormônios endógenos humanos. Inúmeras formas de estrógenos e progesterona são utilizados para o tratamento da menopausa. Os defensores dos hormônios bioidênticos alegam que estes são mais seguros quando comparados com hormônio sintético e não – humanos.¹

Em meio ao debate sobre segurança e eficácia dos hormônios bioidênticos, as farmácias estão manipulando esses produtos prescrito por médicos especialistas. Não há na literatura dados térmicos sobre o estradiol e estriol bioidêntico, embora seja crescente a utilização desses hormônios no Brasil.¹

A caracterização térmica de matérias-primas, a fim de estabelecer parâmetros de qualidade, estabilidade ou compatibilidade está ligada as diversas etapas do desenvolvimento de um medicamento. Logo, a determinação de parâmetros térmicos e cinéticos, a partir das técnicas térmicas, que possam ser utilizados na manipulação ou industrialização nacional de produtos farmacêuticos contendo hormônios bioidênticos deve ser exaustivamente investigada.¹

A reposição de estrógeno e progesterona é um tratamento comum e eficaz para os sintomas associados com a menopausa, mas pode levar algum risco de efeitos colaterais potencialmente graves.¹

A menopausa é uma condição fisiológica que marca o término permanente da menstruação. Devido aos seus sintomas muitas vezes afetarem a qualidade de vida das mulheres, estas necessitam de recorrer a terapias hormonais. A Terapia Hormonal de Substituição, assume-se como a terapia mais usual entre a população feminina pela sua eficácia no alívio dos sintomas da menopausa.³⁻⁴

Naturalmente, a mulher entre 40 e 50 anos, a progesterona deixa de ser sintetizada e o primeiro sintoma é a irregularidade menstrual. A essa fase inicial onde somente falta a progesterona, chama-se de climatério ou pré-menopausa. Com o passar do tempo, o estrogênio também passa a não ser mais sintetizado. Na ausência desses dois hormônios, o estrogênio e a progesterona, fica caracterizado o início da menopausa. Essas mudanças hormonais associada a pré-menopausa e menopausa podem levar a uma variedade de sintomas que afetam negativamente a qualidade de vida das mulheres.¹

A menopausa pode também levar ao aparecimento de distúrbios no metabolismo dos lípidos em que o declínio do estradiol resultante da menopausa aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças cardiovasculares, devido aos fatores de risco associados ao aumento de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição dos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL).⁴

Essas mudanças conferem à mulher na pós-menopausa um perfil estrogênico e androgênico característicos. Dentre os estrogênios, além de suas quedas globais, observa-se uma inversão entre os níveis séricos das frações estrogênicas, resultando na predominância da estrona em relação ao estradiol, diferente do encontrado na mulher jovem.⁵

Apesar de existir há alguns anos, a Terapia Hormonal Bioidêntica nunca tinha sido vista como uma opção fiável para o tratamento dos sintomas da menopausa. Esta terapia consiste na utilização de hormonas bioidênticas que, se definem como sendo hormonas de origem sintética que apresentam uma estrutura química e molecular semelhante às das hormonas presentes no organismo humano. Entre estas hormonas encontra-se o estradiol, estriol, estrona, progesterona, testosterona e dehidroepiandrosterona.⁴

De modo a obter uma terapia personalizada, muitas vezes recorre-se à individualização, ou seja, a formulação é manipulada de acordo com as especificações do doente.⁴ Relativamente à Terapia Bioidêntica Composta, apesar de ser considerada empiricamente bastante mais eficaz do que qualquer outra existente, não existem estudos que o comprovem.⁴

Estas hormonas podem ser administradas por diversas vias como, por exemplo, oral, transdérmica, tópica e vaginal. Esta administração ocorre por variados sistemas terapêuticos entre eles, comprimidos, cremes e adesivos.⁴

O que é mais preocupante é que esses hormônios compostos muitas vezes têm alegações infundadas, falta de segurança científica e dados de eficácia e falta de controle de qualidade em torno deles.¹⁵ Além disso, alguns dos profissionais de saúde que prescrevem hormônios manipulados afirmam ser capazes de determinar as necessidades precisas de cada mulher realizando uma série de testes de soro e saliva. Essa prática cara nunca foi comprovada por meio de pesquisas rigorosas e não é recomendada pelas sociedades de menopausa.⁵⁻⁶

Alguns dos hormônios usados nesses hormônios bioidênticos contêm hormônios que não são aprovados para mulheres, como a deidroepiandrosterona (DHEA) ou a pregnenolona. Muitas mulheres recebem cremes de progesterona em vez de preparações orais, que geralmente não são bem absorvidas pelo corpo. Existem poucos dados disponíveis, mas as evidências atuais não conseguiram mostrar qualquer proteção endometrial de cremes ou géis de progesterona.⁶

Também existe uma preocupação com as preparações orais bioidênticas, pois pode haver inconsistências nas quantidades de estradiol e outras preparações de estrogênio nas preparações combinadas. Isso pode levar a um risco aumentado de tromboembolismo venoso, bem como aumentar o risco de câncer endometrial.⁶

A fonte primária de estrogênio total nas mulheres durante os seus anos reprodutivos é o estradiol, que é secretado pelas células granulosas durante a maturação dos folículos ovários. Deste modo, o estradiol é o principal estrogênio biologicamente ativo em mulheres não grávidas durante os seus anos reprodutivos, mantendo-se os seus níveis constantes ou ligeiramente aumentados até à fase de transição para a menopausa. A menopausa é uma condição natural marcada pela cessão permanente da menstruação, como consequência da perda de atividade folicular. Aparece em idades

compreendidas entre os 48 e os 55 anos, podendo ser induzida cirurgicamente mais cedo.⁴

A medicina antienvelhecimento preconiza a terapia de modulação hormonal bioidêntica, recomendando o uso de hormônios em mulheres (a partir dos 30 anos) antes e após a menopausa, por tanto tempo quanto se fizer necessário, desde que as indicações e as necessidades clínicas justifiquem e que nenhum evento adverso ocorra que contraindique o seu uso. Os suspeitos benéficos dessa nova terapia incluem: manutenção da densidade óssea, diminuição dos sintomas, prevenção das doenças cardiovasculares, diminuição do risco de câncer de mama e tratamento de outras doenças e condições como insônia, obesidade, depressão, estresse, diminuição de memória e cognição.¹

Essa terapia tem gerado muita polêmica no Brasil o que motivou a Resolução 1999/2012 do conselho federal de medicina, publicado no diário oficial da união de 19 de outubro de 2012. A resolução restringe o uso de hormônios, permitindo sua recomendação apenas para pacientes com deficiência comprovada.¹

Segundo Fugh- Berman, dados confiáveis não confirmam que os hormônios bioidênticos são mais seguros que outros hormônios, podendo ter o mesmos riscos de preparações comerciais. Revisões com base científicas para o uso de terapia com hormônios bioidênticos são ainda limitados. Não há estudos com ensaios controlados avaliando a farmacocinética e resultados clínicos para as preparações manipuladas de hormônios bioidênticos.¹

Ruiz, avaliaram em um estudo sobre preparações utilizadas na TRH bioidêntica a efetividade no tratamento dos sintomas da menopausa, os compostos mais efetivos e a segurança da terapia. Os resultados demonstraram que as preparações manipuladas na TRH bioidêntica melhoram sintomas relacionados ao humor. Porém estudos maiores são necessários para examinar o impacto sobre os sintomas vasomotores, infarto miocárdio e câncer de mama.¹

A sociedade norte americana de endocrinologia define hormônios bioidêntico como compostos que possuem exatamente a mesma estrutura química e molecular que os hormônios produzidos no corpo humano. Em contraste, os hormônios não bioidênticos, ou sintéticos, são hormônios estruturalmente diferentes dos hormônios endógenos.¹

Os principais hormônios bioidênticos pode ser apropriado, pois são importantes para controlar os níveis hormonais no organismo, repondo o que falta no corpo. Mas devem ser utilizados com cautela, sendo os endocrinologistas os profissionais aptos para receita-los de maneira correta, na dose ideal, evitando complicações futuras.¹

Os hormônios sintéticos são uma das ferramentas para o alívio dos sintomas da menopausa que se manifestam de maneira muito desigual e fazem parte de um contínuo processo de envelhecimento. As principais indicações da terapia de reposição hormonal são: conservação do trofismo vaginal, preservação do osso e da pele, melhora do bem estar geral e melhora da sexualidade.¹

A TRH na menopausa ganhou realce em 2002, quando foram divulgados resultados parciais do estudo women's health initiative study group. Este estudo, patrocinado pelo instituto nacional de saúde norte-americano, com 16 mil mulheres, indicou que o uso dos hormônios sintéticos aumentava o risco de doenças cardiovasculares e de câncer de mama. Ele revelou um aumento no

risco de câncer de mama, doenças cardiovasculares, infarto e eventos tromboembólicos em mulheres que utilizavam estrógenos conjugados e acetato de medroxiprogesterona comparados com o grupo placebo.¹

Os esquemas e as vias de administração para a TRH devem ser discutidos juntamente com as pacientes para que haja benefícios e adesão ao tratamento. Assim, em situações de falência de glândulas endócrinas, devem-se usar hormônios que sejam exatamente iguais aos produzidos pelo organismo.¹

A estrutura química dos hormônios esteroides é semelhante a do colesterol, sendo na maior parte dos casos, sintetizados a partir do mesmo. São lipossolúveis e constituídos de 3 anéis ciclo-hexila e um ciclopentila, combinados em uma única estrutura.¹

Os principais hormônios estrogênicos (chamados de estrógenos ativos) presentes no plasma da mulher de maneira significativa são o estradiol, estriol e estrona. O principal estrogênio secretado pelo ovário é o estradiol, a estrona também é secretada (mais sua maior síntese ocorre nos tecidos periféricos). Já o estriol (menos potente) é um hormônio resultante do estradiol e estrona, sua conversão se dá, principalmente, no fígado. A potência estrogênica do estradiol é 12 vezes a da estrona e 80 vezes a do estriol.¹

Os hormônios bioidênticos são sintetizados por extração química da diosgenina presente em inhames e soja. A diosgenina é quimicamente modificada para produzir o precursor progesterona, a qual é utilizada para sintetizar estrógenos e andrógenos bioidênticos.¹ A TH vem sendo amplamente usada em mulheres no climatério e na pós-menopausa. Sua indicação é feita para o controle dos sintomas da menopausa.²

Considerando-se que a expectativa de vida tem aumentado, as mulheres vivem hoje um terço de sua vida na pós-menopausa.² Apesar dos fortes indícios de que a TH aumenta os riscos de desenvolvimento do câncer de mama, ainda há muitas divergências em relação à sua influência na incidência, no prognóstico e na mortalidade das pacientes portadoras da doença.²

Além disso, ela pode estar associada aos tipos menos agressivos, sem aumento de mortalidade, o que aponta a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas a esse respeito.⁴ Questões como a duração da terapia, que deve estar dentro do limiar de segurança, bem como os tipos de hormônio mais relacionados ao aumento do risco e pior prognóstico, devem ser mais estudadas.³

Estudos demonstraram maior segurança da terapia com estradiol e progesterona micronizada. Em relação à via de administração, a transdérmica foi apontada como a de escolha por ser a que mais se aproxima do natural.¹

Diante dessas controvérsias, faz-se necessária uma revisão da literatura para identificar se há um real papel da TH na incidência e no prognóstico do câncer de mama, tentando identificar um perfil de pacientes e tipo de hormônio de escolha, via de administração e tempo de uso mais seguros.³

A TH não bioidêntica, sobretudo aquela combinada com progesterona, está associada a maiores riscos de desenvolvimento e recorrência do câncer de mama e não deve ser utilizada em mulheres com passado da doença ou que apresentam alto risco para câncer de mama. A utilização de hormônios bioidênticos permanece incerta, carecendo de novos estudos, com maior rigor metodológico em relação à seleção de pacientes, tamanho amostral, tipo de terapia, via de administração e tempo de seguimento, para que haja uma

resposta mais consistente. Nas pacientes que não apresentam fatores de risco evidentes, a TH provavelmente não acarretará risco significativo, se utilizada por menos de cinco anos.³

CONCLUSÃO

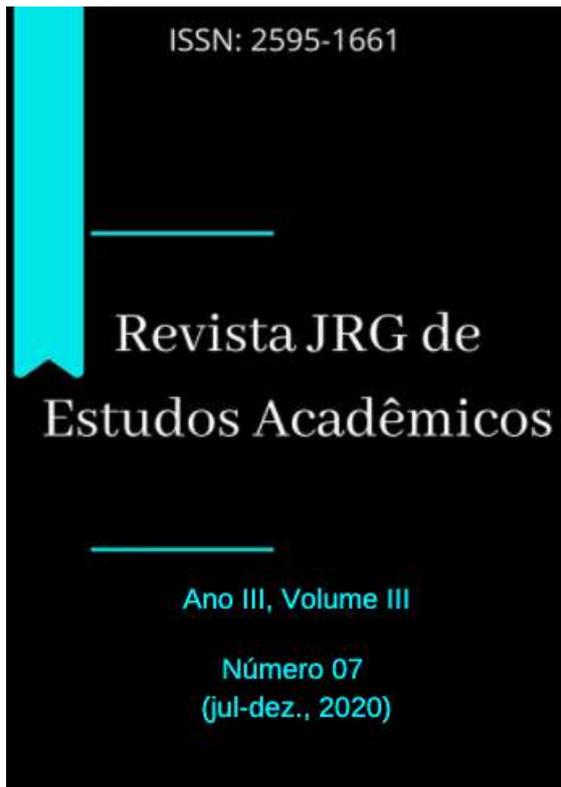
Conforme visto, os estudos são relativos à utilização da Terapia Hormonal, contudo são concordantes com a utilização de hormônios bioidênticos.

As pacientes as quais não apresentam nenhum fator de risco relevante a terapia hormonal não acarretará risco significativo a nenhuma doença desde que utilizada por menos de 5 anos, considerando também o acompanhamento contínuo do médico especialista, com isso não haverá efeitos pós menopausa.

O tema abordado é atual e de grande importância para a saúde. Entretanto, ainda há muito que se conhecer sobre a reposição hormonal e seus efeitos nos seres humanos, novos estudos devem ser feitos sobre o mesmo para que se possa cada vez mais fazer descobertas em relação a terapia hormonal com hormônios bioidênticos.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de ciências da Saúde, Programa de Pós graduação em ciências Farmacêuticas, Thereza Mylene de Moura Pereira - 2013
2. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa, 2014 Maria Celeste Osório Wender Luciano de Melo Pompei César Eduardo Fernandes Em nome da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac)
3. Terapia hormonal e câncer de mama Hormonal therapy and breast câncer Beatriz Monteiro de Barros Pereira, Conceição Maria Fraga Guedes, Cesar Augusto Costa Machado
4. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2016 Ana Filipa Castro Frazão.
5. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.20 no.5 Rio de Janeiro June 1998 Esteróides Sexuais e Gonadotrofinas em Mulheres com e sem Carcinoma de Endométrio: Um Estudo Clínico Comparativo.
6. British Journal of General Practice, novembro de 2019. O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados. Menopausa: diagnóstico e tratamento. NG23. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23> (acessado em 23 de setembro de 2019).



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: 28/10/2020

Data de reformulação: 14/11/2020

Data do aceite: 20/11/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4284017>

Publicado: 2020-11-21

ARTE TERAPIA COMO DISPOSITIVO DE TRATAMENTO PARA PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

ARTTHERAPY AS A TREATMENT DEVICE FOR PERSONSWITHDIAGNOSISOFSCHIZOPHRENIA: A LITERATURE REVIEW

*Julianna Porto Sousa¹
Erci Gaspar da Silva Andrade²*

Resumo

Introdução: Arte-terapia como dispositivo de tratamento para pessoa com diagnóstico de esquizofrenia tem levado diversos benefícios aos pacientes, pois o poder terapêutico da arte está na integração entre o fazer e o sentir, levando a pessoa apropriar de seus conteúdos, promovendo não só o conhecimento do seu sofrimento, mas principalmente das suas possibilidades de recuperação. **Objetivo:** Identificar os benefícios da arte terapia no processo de cuidado a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. **Materiais e Métodos:** A construção deste estudo se constituiu através de uma revisão integrativa de literatura onde foram pesquisados 10 artigos cujo os métodos abordados eram a arteterapia como tratamento paliativo em pacientes com esquizofrenia. **Resultados e Discussão:** Constatou-se que a arteterapia tem ajudado bastante no tratamento de pacientes com diagnósticos de esquizofrenia obtendo uma resposta positiva no

¹ Graduando em Enfermagem - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, GO, Brasil. E-mail: juliannafelix32@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0921-2213>

² Pedagoga. Especialista. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. E-mail: ercigaspar@senaaires.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3223-0041>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5310692836496349>

seu quadro psíquico. **Conclusão:** Essa arte veio para trazer uma nova concepção, onde o profissional quebra o paradigma em que ele vê o paciente como um problema da sociedade, e passa a entendê-lo e ajudá-lo a se perceber e responder de forma positiva aos objetivos esperados.

Palavras-chave: Arteterapia. Esquizofrenia. Reintegração social.

Abstract:

Introduction: *Art therapy as a treatment device for people diagnosed with schizophrenia has brought several benefits to patients, since the therapeutic power of art is in the integration between doing and feeling, making people appropriate their content, promoting not only the knowledge of their suffering, but mainly of their possibilities of recovery.* **Objective:** *To identify the benefits of art therapy in the care process for people diagnosed with schizophrenia.* **Materials and Methods:** *The construction of this study consisted of an integrative literature review where 10 articles were researched, whose methods were art therapy as a palliative treatment in patients with schizophrenia.* **Results and Discussion:** *It was found that art therapy has helped a lot in the treatment of patients with schizophrenia diagnoses, obtaining a positive response in their psychiatric condition.* **Conclusion:** *This art came to bring a new concept, where the professional breaks the paradigm in which he sees the patient as a problem in society, and starts to understand him and helps him to perceive and respond positively to the expected goals.*

Keywords: *Art therapy; Schizophrenia; Social reintegration.*

Introdução

A esquizofrenia é um distúrbio psíquico que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. Sua frequência na população em geral é de 1 para cada 100 pessoas, havendo cerca de 40 casos novos para cada 100.000 habitantes por ano.⁽¹⁾

Conforme dados da Organização mundial da saúde (2005), a esquizofrenia, considerada uma das mais graves doenças psiquiátricas, afeta desfavoravelmente a vida dos pacientes em vários domínios. Sendo assim a pergunta norteadora dessa pesquisa é... “Quais os benefícios da arte terapia no processo de cuidado a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia”.

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, a esquizofrenia é uma doença crônica, de difícil tratamento, onde há perda de ligação com o mundo devido à desorganização da consciência, a diminuição da afetividade e a perturbação de funções intelectuais. Manifesta-se principalmente na faixa que vai do início da adolescência até os 30 anos.⁽²⁾

Dentro das diversas formas de tratamento para pacientes com diagnósticos de esquizofrenia, a arte terapia pode ajudar o paciente a desenvolver habilidades interpessoais, conscientizar comportamentos, reduzir o estresse, aumentar a autoestima, desenvolver a auto consciência e ter insights. Também visa trabalhar com os sentimentos e principalmente com sua autoestima. O poder terapêutico da arte está na integração entre o fazer e o sentir, levando a pessoa a apropriar de seus conteúdos, promovendo não só o conhecimento do seu sofrimento, mas principalmente das suas possibilidades de recuperação.⁽³⁾

No Brasil estima-se que há cerca de 1,6 milhão de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. A cada ano cerca de 50.000 pessoas manifestam o

transtorno pela primeira vez. Ela pode atingir, tanto homens quanto mulheres e em geral inicia-se mais cedo no homem, por volta dos 20 a 25 anos de idade, e na mulher, por volta dos 25 a 30 anos.⁽⁴⁾

A partir do exposto acima se faz necessário pensar em diferentes possibilidades de tratamento a fim de dar uma melhor qualidade de vida para as pessoas que possuem o diagnóstico de esquizofrenia. Sendo assim a arte terapia se configura como um instrumento terapêutico de extrema potência no processo de cuidado biopsicossocial. Essa estratégia desenvolve uma identidade e permite ao paciente, uma certa convivência onde quer que ele esteja.⁽⁵⁾

O presente artigo justifica-se devido ao alto índice de pessoas que vem apresentando patologia e depois de várias pesquisas sobre as formas de tratamentos da mesma durante o período da nossa formação, a escolha do tema veio através do interesse de verificar sobre os benefícios possíveis que a arte-terapia pode levar a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Infelizmente essas pessoas ainda são vistas pela sociedade como “loucos”, e isso pode levar a encontrar dificuldades de se interagir com os demais, e muitos até abandonam o tratamento se isolando e sentindo-se rejeitados.

O objetivo deste artigo foi averiguar a importância da arte como instrumento terapêutico no tratamento de pacientes esquizofrênicos, a visto que a arte permite o paciente expressar suas vivências sendo elas de forma verbalizáveis ou não.

Métodos

Foi feito um levantamento bibliográfico sobre arte em pinturas como terapia ocupacional e sua utilização no processo terapêutico de pacientes esquizofrênicos, utilizando-se também informações obtidas em artigos sobre saúde mental e a esquizofrenia. A técnica utilizada foi bibliográfica, baseando-se em artigos de pesquisa sobre o assunto e algumas literaturas para aprimorar o assunto.

Como critério de inclusão foram utilizados artigos científicos publicados em banco de dados nacionais, com no máximo, 05 anos de divulgação, sendo que artigos recentes possuem informações atualizadas sobre o assunto e o avanço nas pesquisas. O trabalho iniciou-se em Março de 2019 a Outubro 2020.

Foram excluídos os artigos publicados antes de 2015 e os que fogem do tema proposto. As palavras chaves selecionadas para pesquisa foram: Arteterapia; Esquizifrenia; Reintegração social.

Para a desenvolvimento desse estudo foi realizada uma varredura minuciosa de artigos publicados em plataforma Scielo e Lilacs, onde, foram encontrados publicações científicas para a construção da mesma, sendo utilizados apenas artigos, os quais, tinham mais ênfase no tema escolhido.

Este trabalho de conclusão de curso seguiu a normatização de trabalhos científicos da Faculdade Fasesa. Para a organização do material, foram realizadas as etapas e procedimentos do Trabalho de Conclusão de Curso onde se busca a identificação preliminar bibliográfica, fichamento de resumo, análise e interpretação do material, bibliografia, revisão e relatório final.

Resultados e Discussão

A arteterapia em grupos conseguiu desenvolver várias modalidades expressivas com propriedades terapêuticas inerentes e específicas trabalhadas com pacientes obtendo um resultado positivo na relação interpessoal do grupo.⁽⁶⁾

Segue abaixo um quadro onde estão relacionados os principais artigos selecionados para a reflexão do tema aqui proposto citando o autor, título da obra o ano de publicação e o resultado/considerações proposta.

Quadro-1

Nome do autor	Título da obra	Ano de Publicação	Resultados/considerações
Neusa Freire et. al	Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental	2010	A arteterapia em grupos conseguiu desenvolver várias modalidades expressivas com propriedades terapêuticas inerentes e específicas trabalhadas com pacientes obtendo um resultado positivo na relação interpessoal do grupo.
Santo Antônio et. al	Ateliê de desenho e rorschach: estudo fenômeno-estrutural	2010	O paciente respondeu de forma positiva sua sintomatologia persecutória e as alterações do pensamento, assim como as diminuições das alucinações e o isolamento tendo como melhora o seu lado interpessoal.
Siqueira	A terapia gestáltica como instrumento na clínica individual com clientes que estão esquizofrênicos	2011	Avaliou que com a arteterapiagestáltica onde o ser relata em conversa seus pensamentos, o paciente mencionado, expôs seus medos e conflitos interpessoais, ganhando confiança no profissional e assim libertando-se de sua prisão interna.
Fonseca et al	Aplicação da arteterapia com usuários esquizofrênicos de um caps a partir da visão winnicottiana	2013	Afirma que a Arte pode ser uma ajuda no tratamento de pacientes esquizofrênicos, configurando nova abordagem, que liberta não somente da exclusão, mas também da alienação que a psicose provoca, dando um sentido positivo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Vasconcellos et al	Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar	2007	Cita a arte terapia relacionada no diagnóstico e intervenções terapêuticas em diversas áreas da psiquiatria e psicologia podem ajudar o paciente no contexto hospitalar a enfrentar as doenças crônicas.
Santos Filho et al	Encontrando um modo de ser esquizofrênico: arte e técnica na gestal-terapia	2016	Refere a arte Gestalt-terapia tem ajudado muitos os pacientes com esquizofrenia com resultados positivos no diálogo do paciente com o terapeuta, encontrando um modo de lidar com padrões de relacionamento do indivíduo consigo próprio, com os outros e com o mundo.

Constata-se que com o trabalho desenvolvido no CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) os indivíduos tiveram uma melhora significativa no quadro independente do seu estado psíquico, tornou-se perceptivo de que cada um com sua peculiaridade e no tempo desenvolvido obtiveram o resultado esperado.⁽⁶⁾ Diante das pesquisas realizadas observa-se que os pacientes com esquizofrenia após sessões no ateliê de desenho de livre expressão, trouxe para os observadores uma visão holística do que seria suas angustias. Após seis meses de tratamento consecutivo, houve diminuição das respostas de perseguição relatada pelos mesmos.

Pode-se constatar que a arte terapia gestáltica, onde o ser relata em conversa seus pensamentos, o paciente mencionado, expôs seus medos e conflitos interpessoais, ganhando confiança no profissional e assim libertando-se de sua prisão interna.⁽⁷⁾

Caracterizam como positiva a arteterapiagestáltica, onde o paciente portador de esquizofrenia conseguiu melhora na sua percepção e convívios interpessoais através dos diálogos realizados com o profissional terapêutico levando a resultados satisfatórios.⁽⁸⁾

Mais uma vez a arte vem favorecendo o paciente com diagnóstico de esquizofrenia, buscando resgata-lo da exclusão social, assim como, melhorando seus aspectos interpessoais e favorecendo uma nova visão do mundo devido a libertação de sua psicose.⁽⁹⁾

Referente as, se tratando de um paciente diagnosticado com esquizofrenia, a arte terapia em conjunto com a psiquiatria, a psicologia e outras intervenções terapêuticas, obtêm-se uma melhor resposta ao tratamento, tanto nos transtornos mentais quanto nas doenças crônicas.⁽¹⁵⁾

Mediantes os fatos apresentados, em ambos os artigos pesquisados, demonstraram que a arteterapia associado ao tratamento de pessoas com diagnósticos de esquizofrenia, tem ajudado de forma significativa trazendo a esses indivíduos uma nova concepção de vida e proporcionando-os a viverem com qualidade de vida e em melhor convívio interpessoais, além de controlarem melhor seus medos e conflitos e entenderem-se de maneira mais abrangente o seu Eu, nas diversas situações aqui mostrada.

Esquizofrenia, sinais e sintomas

Os sintomas mais comuns que se manifestam na esquizofrenia são alterações do afeto e no comportamento, a percepção sensorial e os pensamentos. Entre tanto, vale ressaltar que outras patologias podem apresentar também alguns desses sintomas, e para um diagnóstico final, somente poderá ser realizado por um profissional capacitado.⁽²⁾

Os delírios e alucinações estão relacionados aos transtornos do pensamento. Delírios são caracterizados por crenças não válidas, aprimoradas em uma avaliação indigna sobre a realidade feitiço, apesar de testes e ênfases contrárias. A pessoa por si só passa a acreditar que está sendo perseguida, que têm dons ou poderes peculiares, como dominar o tempo ou até mesmo se comunicar com extraterrestres.⁽¹¹⁾

As alucinações são falsas argúcias na falta de uma incitação externa, sobre tudo, com as características de uma apropriada percepção, isto é, a pessoa ouvir ou sentir, ver coisas que não estão ali. Essas alucinações podem ser visuais ou táteis, auditivas ou olfativas, gustativas ou uma junção de todas essas.⁽¹²⁾

Os pensamentos por sua vez, acometem de um tópico a outro, sem conexão ilusória. A pessoa pode inventar palavras novas, substituí-las por sons, rimas ou estresir sílabas. Podem também ocorrer bloqueios de pensamentos em sequência. Quando a parte psíquica da pessoa fica muito desorganizada ou estilhaçada, a fala torna-se atrapalhada e estranha.⁽¹³⁾

Manifestam-se com a redução de iniciativa, confusões motoras e alterações no desempenho social. A pessoa fica por um difuso período de tempo estagnada ou se engaja em uma atividade recorrente e aparentemente sem intuito. Os extremos podem abranger o estupor catatônico - ocasião na qual a pessoa fica imóvel por um longo período ou o excitação catatônica, onde apresenta atividade motora incoercível e sem desígnio. Algumas outras alterações motoras podem ser movimentos frequentes sem objetivo aparente e atividades normais, porém fora de argumento.⁽¹⁴⁾

A redução na resposta emocional já foi avaliada como um sintoma característico da esquizofrenia. Em destaque, alguns casos mais graves onde os indivíduos tornam-se apáticos, evitando o contato com olhar, apresentando falha na modulação da voz, alterações na expressão facial e nos movimentos espontâneos e presença de gestos expressivos diminuídos. Frequentemente, referem uma diminuição da capacidade de sentir prazer e descrevem-se como desprovidos de emoção.⁽¹¹⁾

Os benefícios alcançados pela arteterapia vistos são os emocionais, sociais, cognitivos e físicos. O emocional é alcançado devido ao derramamento de sua bagagem emocional; já o social devido a melhora da sensação de isolamento, onde o paciente consegue melhorar sua relação interpessoal; o cognitivo é a melhora do seu lado intelectual, onde sua linha de pensamento trabalha de forma a vir a melhorar ou superar os traumas; o último e não menos

importante o lado físico, que leva a redução do estresse, a melhora do sono, da timidez, da postura, equilíbrio e seus comportamentos sociais.⁽¹⁵⁾

Entendendo a Arteterapia

Segundo a American Association of Art Therapy (AATA, 2014), a arteterapia se fundamenta na crença de que o processo criativo intrincado na atividade artística é terapêutico e enriquecedor para as pessoas em sua qualidade de vida. Ela promove o encontro da pessoa de si para consigo mesma, de forma lúdica, suave, criando regras para si e sem artifícios invasivos. Contudo, ela se torna sensível às suas necessidades e sonhos de realização.⁽²⁾

Um dos destaques para a Arte terapia é a contribuição para a melhoria na qualidade de vida das pessoas envolvidas, promovendo a inclusão social. A vida tem uma qualidade melhor quando o indivíduo é valorizado por si e pela sociedade, pela autoestima, respeito, amar e ser amado, saúde, felicidade, sentir-se útil.⁽¹⁵⁾

Através do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos desenvolvidos, os indivíduos podem ampliar seus conhecimentos sobre si e dos outros, lidando melhor com sintomas de estresses e experiências traumáticas, desenvolvendo recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutando do prazer revigorador do fazer artístico.⁽³⁾

Arte terapia, suas formas e benefícios

Entre os instrumentos utilizados estão: pintura, colagem, modelagem, fotografia, expressão corporal, teatro, sons, músicas ou criação de personagens; onde os pacientes utilizam dessas matérias para desenvolver os trabalhos que são considerados na arteterapia.⁽⁶⁾

São nomeados como: musicoterapia, que é arte voltada a música onde o paciente utiliza através da dança e seus movimentos para desenvolver um trabalho terapêutico. A ludoterapia, que é a prática de esportes onde o paciente escolhe a modalidade que melhor lhe convém. Também tem as artes plásticas onde através das pinturas ele desenvolve as habilidades de suas expressões emocionais. Gestalt terapia é a forma de terapia em rodas de conversa onde as pessoas procuram se expressar emocionalmente, e os profissionais envolvidos ouvem e procuram entender melhor o que se passa no intelecto psíquico de cada um.⁽³⁾

Os benefícios alcançados pela arteterapia vistos são os emocionais, sociais, cognitivos e físicos. O emocional é alcançado devido ao derramamento de sua bagagem emocional; já o social devido a melhora da sensação de isolamento, onde o paciente consegue melhorar sua relação interpessoal; o cognitivo é a melhora do seu lado intelectual, onde sua linha de pensamento trabalha de forma a vir a melhorar ou superar os traumas; o último e não menos importante o lado físico, que leva a redução do estresse, a melhora do sono, da timidez, da postura, equilíbrio e seus comportamentos sociais.⁽¹⁵⁾

Conclusão

A arte se destaca como uma ferramenta, que consegue extrair expressões pessoais e terapêuticas, nos pacientes esquizofrênicos. Esses pacientes desenvolvem habilidades e conhecimentos, a fim de haver uma conexão com a realidade, tornando-os aptos ao retorno do meio social.

A arteterapia em sua utilização na esquizofrenia como forma de desenvolver potencialidades no paciente, demonstrando que a inclusão no convívio social é possível, mas que depende de um trabalho em conjunto com a família, e da própria sociedade. Dessa forma, a vivência de criar arte promover a descoberta de sentimentos e de qualidades pessoais, auxiliando no desenvolvimento do potencial único de cada um.

Em virtude dos fatos mencionados, entende-se que, a arteterapia é um dispositivo de tratamento, que veio para auxiliar no tratamento medicamentoso para resgatar esses pacientes dos seus conflitos internos. Essa arte veio para trazer uma nova concepção, onde o profissional quebra o paradigma em que ele vê o paciente como um problema da sociedade, e passa a entendê-lo e ajudá-lo a se perceber e responder de forma positiva aos objetivos esperados.

Por isso tudo, é imprescindível que todos se conscientizem de que, a pessoa esquizofrênica não é “louca”, de que o mundo em que ela vive não seja real, pois e tem cada pessoa tem suas peculiaridades noções diferentes de realidade, desta maneira os profissionais envolvidos no trabalho criam um momento único com o paciente de conforto e sintonia para ambos.

Agradecimentos

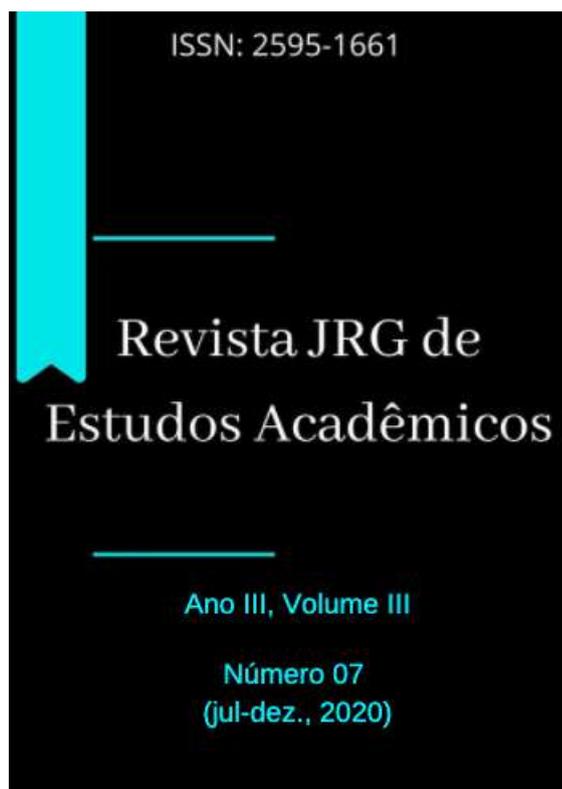
Acabou... mais uma fase vencida e concluída. Mais um ciclo fechado!!! Agradeço a Deus por me permitir a cada dia vencer meus medos, com sabedoria e persistência e acreditar que não seria fácil, mas que lutaria como guerreira que sempre fui.

Obrigado a todos os familiares e amigos que me deram apoio a todo momento. A orientadora Msc.:Erci por me orientar e defender minha ideia, durante esse período, foi de extrema importância para mim.

Referências

01. CIORNARI S. PERCUSOS EM ARTETERAPIA: Arteterapia e educação; Arteterapia e Saúde. São Paulo. Editora ABBA, 2005.
02. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM-V. American Psychiatric Association (APA). Artmed Editora, 1 de jan de 2014 – pag.392.
03. CIORNARI, S. (org.). Percursos em Arteterapia: Arteterapia Gestaltica, Arte em Psicoterapia, Supervisão em Arteterapia. São Paulo: Summus, 2004.
04. PAÏN, S.; JARREAU, G. Teoria e técnica da arte-terapia: a compreensão do sujeito. Porto alegre: Artmed, 2002.
05. BARBOSA, Ana Mae. Arte Terapia. Palestra de abertura Congresso Internacional de Arte Terapia, Madri, 2003.
06. COQUEIRO, Neusa Freire, Francisco Ronaldo Ramos Vieira, Marta Maria Costa Freitas. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Fortaleza, Abril de 2010.
07. BASSO, Fabrício Siqueira. A terapia gestáltica como instrumento na clínica individual com clientes que estão esquizofrênicos. Revista IGT na Rede, V.8, N.15, 2011.
08. FILHO, Julio Manoel dos Santos, Virgínia Elizabeth Suassuna Martins Costa. Encontrando um modo de ser esquizofrênico: arte e técnica na gestal-terapia, 2016.

09. FONSECA, Annelise Nani da Fonseca, Cícero Marcelo Félix Junior, Geovana Barboza da Silva Gregório, Rute Grossi Milani, Vivian Moreno Corradini. Aplicação da arteterapia com usuários esquizofrênicos de um caps a partir da visão winnicottiana. VIII EPCC, UNICESUMAR, Out 2013.
10. VASCONCELLOS, Erika Antunes, Joel Sales Giglio. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. Estudo de Psicologia, Campinas, 2007.
11. Salgado, J. V., Hetem, L. A., & Sandner, G. (2006). Modelos experimentais de esquizofrenia – uma revisão. Revista Brasileira Psiquiatria, pag. 135-141.
12. Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (2005). As psicoses esquizofrênicas. In Manual de psiquiatria (pp. 535-615). Rio de Janeiro: Masson.
13. Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), Esquizofrenia (pp. 13-70). Porto Alegre: Artmed.
14. BRASIL, Ministerio da saúde. World Health Organizations: RELATORIO MUNDO DA SAÚDE. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. 1º ed. Lisboa, Abril de 2005.
15. SUEUR LE, SYLVIO. Arteterapia: Benefícios e a quem se destina. Disponível em :<<http://www.arteterapia-ubatuba.com.br/arteterapia-beneficios.html>>. Acesso: 10 de Mar de 2017.
16. BILBAO, Giuliana Gnatos Lima, Vera Engler Cury. O artista e sua arte: um estudo fenomenológico. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Paidéia, 2006.
17. ARAUJO, Marcio Flavio Moura, Ana Claudia Silva Lemos, Carolina Maria de Lima Carvalho. O relacionamento terapêutico no cuidado dispensado a um esquizofrênico: narrativas de um diário de campo, 2007.
18. HAINZ, Carine Goto, Abílio Costa-Rosa. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por forclusão. Psicologia em Estudo, Maringá, V.14, N.2, Abril de 2009.
19. MATOS, Evandro Gomes de. et al; REV PSQUIATR RS. A importancia e as limitações do uso do dsm-iv na pratica clinica: Artigo de revisao. Rs, 2005. 7 p.
20. MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. Mnemosine, v. 5, n. 2, p.30-52, 2009.
21. MENDES, Karina Dal Sasso, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira, and Cristina Maria Galvão. "Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem." *Texto & Contexto-Enfermagem* 17.4 (2008): 758-764.
22. REIS, Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. CESUSC. 2014.
23. SANTAROSA, Liandra, Luis Gustavo Nolasco de Souza Ferro, Neliane Catarina Simioni, Audre Cristina Alberguini. Arteterapia – O desenvolver da expressão em pessoas com transtornos mentais. XVI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste, São Paulo, Maio de 2011.
24. SANTOANTONIO, Jacqueline, Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. Ateliê de desenho e rorschach: estudo fenômeno-estrutural. Abril 2010.
25. WERNECK, Braz. Terapia cognitiva da esquizofrenia: reconstruções a partir da fenomenologia. Vol.15, N.4, Abril de 2010.



Tramitação Editorial:

ISSN: 2595-1661

Data de submissão: 16/10/2020

Data de reformulação: 10/11/2020

Data do aceite: 22/11/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4284850>

Publicado: 2020-11-22

O USO DE ANTIDEPRESSIVOS E SUA POSSÍVEL INFLUÊNCIA NA MANIFESTAÇÃO DE COMPORTAMENTO SUICIDA

THE USE OF ANTIDEPRESSANTS AND THEIR POSSIBLE INFLUENCE ON THE MANIFESTATION OF SUICIDAL BEHAVIOR

EL USO DE ANTIDEPRESIVOS Y SU POSIBLE INFLUENCIA EN LA MANIFESTACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

*Paulo Ricardo Pereira dos Santos¹
Scheyla Pereira de Paula²
Clezio Rodrigues Carvalho Abreu³*

RESUMO

Objetivo: Investigar, por meio de um estudo bibliográfico, a possível relação que há entre o uso de antidepressivos e a manifestação de ideações suicidas. **Método:** Para tal foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo descritivo, que se desenvolveu a partir de estudos bibliográficos, por meio da leitura e análise de produções especializadas na área. **Resultados:** Antidepressivos são medicamentos utilizados a fim de restaurar pacientes mentalmente deprimidos a um estado mental melhorado, reduzindo a intensidade dos

¹ Graduando em Farmácia pela Faculdade Sena Aires – FACESA, GO, Brasil. E-mail: scheylapaula@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5513-3714>

² Graduando em Farmácia pela Faculdade Sena Aires – FACESA, GO, Brasil. E-mail: Pauloricardo714@gmail.com. Orcid <https://orcid.org/0000-0001-9891-9776>

³ Mestre em Farmacologia Toxicologia e Produtos Naturais no curso de Ciências da Saúde - UNB; Especialista em Farmacologia Clínica - UNB; Possui graduação em Farmácia - COLEGIO SENA AIRES (2009). E-mail: clezioabreu@senaaires.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1511-6917>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0474084524560630>

sintomas. No entanto, em estudos realizados com pacientes que fazem uso destes medicamentos, observou-se uma elevação no risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e autolesões não fatais. **Conclusão:** Apesar de existirem estudos que evidenciem este risco. Também, existem estudos que comprovam a real eficácia desta classe de medicamentos no tratamento da depressão. Logo, diante de tal contrariedade faz-se necessário que se desenvolvam mais estudos a respeito do tema e, que durante o tratamento com antidepressivos seja realizado um acompanhamento mais fronteiro entre médico e paciente.

Palavras-chave: Depressão. Antidepressivos. Comportamento Suicida.

ABSTRACT

Objective: *To investigate, through a bibliographic study, the possible relationship that exists between the use of antidepressants and the manifestation of suicidal ideas.*

Method: *For this, a qualitative descriptive research was carried out, which was developed from bibliographic studies, through the reading and analysis of specialized productions in the area.*

Results: *Antidepressants are drugs used to restore mentally depressed patients to an improved mental state, reducing the intensity of symptoms. However, in studies carried out with patients using these drugs, there was an increase in the risk of suicidal ideation, suicide attempts and non-fatal self-harm.* **Conclusion:** *Although there are studies that show this risk. Also, there are studies that prove the real effectiveness of this class of drugs in the treatment of depression. Therefore, in the face of such setbacks, it is necessary to develop more studies on the subject and, during treatment with antidepressants, a more borderline monitoring between doctor and patient.*

Keywords: *Depression. Antidepressants. Suicidal Behavior.*

RESUMEN

Objetivo: *Investigar, a través de un estudio bibliográfico, la posible relación que existe entre el uso de antidepresivos y la manifestación de ideas suicidas.* **Método:** *Para ello se realizó una investigación descriptiva cualitativa, que se desarrolló a partir de estudios bibliográficos, mediante la lectura y análisis de producciones especializadas en el área.*

Resultados: *Los antidepresivos son fármacos que se utilizan para restaurar a los pacientes con depresión mental a un estado mental mejorado, reduciendo la intensidad de los síntomas. Sin embargo, en estudios llevados a cabo con pacientes que utilizan estos fármacos, hubo un aumento en el riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones no mortales.* **Conclusion:** *Aunque existen estudios que demuestran este riesgo. Además, existen estudios que demuestran la efectividad real de esta clase de fármacos en el tratamiento de la depresión. Por tanto, ante tales contratiempos, es necesario desarrollar más estudios sobre el tema y, durante el tratamiento con antidepresivos, un seguimiento más limítrofe entre médico y paciente.*

Palabras-clave: *Depresión. Antidepresivos. Comportamiento suicida.*

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental grave e comum¹ com elevada prevalência global^{1,2,3,4,5}. Estima-se que a prevalência de depressão ao longo da vida varia de 20% a 25% em mulheres e 7% a 12% em homens⁶. É, reconhecidamente, um problema de saúde pública⁷, segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 322 milhões de

peças sofrem de depressão em todo o mundo, sendo considerada a segunda causa de anos perdidos de vida saudável⁸.

Trata-se de condição frequente e complexa, que pode levar a complicações que atingem inúmeras esferas da vida do indivíduo^{3,9}. Os transtornos depressivos são altamente incapacitantes^{3,4} e dispendiosos, associados a uma diminuição considerável da função funcional e da qualidade de vida, comorbidade médica e mortalidade^{1,4}. O decréscimo na saúde associado à depressão é descrito como significativamente maior do que aquele associado a outras doenças crônicas⁹.

No que diz respeito à base biológica da depressão as principais teorias situam-se nos estudos sobre neurotransmissores cerebrais e seus receptores. A condição enquanto manifestação de sintomas pode estar relacionada a fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, dentre outros⁷.

Apresenta sinais clínicos com presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo^{5,9,10}. Em geral, caracteriza-se por um sentimento de tristeza, anedonia, avolição, inutilidade e desesperança. Sintomas cognitivos e neurovegetativos, como dificuldade de concentração, alterações de memória, anorexia e distúrbios do sono, também estão presentes⁹. Trata-se de uma condição que pode se manifestar em situações de estresse pós-traumático em indivíduos que apresentam habilidades de enfrentamento mais fracas, além disso, pode ter relação com alterações hormonais, como a irritabilidade, tristeza, falta de prazer e alterações cognitivas¹⁰. Quanto aos sintomas psíquicos destacam-se o humor depressivo - sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Salientando que as manifestações do quadro clínico de depressão não são iguais em todos os indivíduos, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses e anos. E para o seu diagnóstico levam-se em conta, os sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais⁷.

É uma patologia potencialmente letal, pois em casos graves existe o risco contínuo de suicídio^{1,3,7}. Por isso, é importante reconhecer e tratar os sintomas depressivos em tempo hábil, devendo-se avaliar e acompanhar a resposta ao tratamento, bem como as decisões tomadas em relação ao mesmo^{1,3}.

Em termos de farmacoterapia, nas últimas décadas, um progresso considerável foi feito na pesquisa e no desenvolvimento de tratamentos para a depressão^{4,5}. Atualmente no mercado existem diversos tipos de antidepressivos⁴ utilizados para restaurar pacientes mentalmente deprimidos a um estado mental melhorado, reduzindo a intensidade dos sintomas. Melhorando o humor e a psicomotricidade de maneira global por estimular o tônus psíquico. Que atuam aumentando a biodisponibilidade de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC), como a serotonina (5-HT), a dopamina (DA), a noradrenalina ou a norepinefrina (NE), juntamente com o aumento da sua sensibilidade e a diminuição do número dos neuroreceptores¹¹.

Os antidepressivos são classificados de acordo com a sua estrutura química ou com suas propriedades farmacológicas. Os principais grupos de antidepressivos atualmente no mercado, são: inibidores da monoaminoxidase (IMAO); inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs); inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRS); inibidor seletivo da recaptura da serotonina e da noradrenalina (ISRSN); inibidores de recaptura de serotonina e antagonistas alfa-2 (IRSAs); noradrenérgico e específico serotoninérgico (NaSSA ou antagonista de α -2-adrenoreceptores) inibidores seletivos da recaptura da dopamina (ISRDs); inibidores seletivos da recaptura da noradrenalina (ISRNs)^{12,13}. Sendo que os antidepressivos de segunda geração (por exemplo, inibidores seletivos da recaptura da serotonina-

norepinefrina ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina) são geralmente recomendados como terapia de primeira linha⁵.

Nessa direção, há uma crescente preocupação acerca desta classe medicamentosa visto que existem estudos que sugerem que o uso de antidepressivos poderia estar associado a um aumento do risco de ideação suicida e de comportamentos correlatos^{14,15}.

2. OBJETIVO

Investigar, por meio de um estudo bibliográfico, a possível relação que há entre o uso de antidepressivos e a manifestação de ideias suicidas.

3. METÓDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo descritivo, que se desenvolveu a partir de estudos bibliográficos, por meio da leitura e análise de produções especializadas na área. Para a construção desta revisão de literatura foram selecionados artigos científicos e livros, publicados preferencialmente nos últimos dez anos. Os descritores de busca utilizados foram: depressão, antidepressivos e suicídio. Foi utilizada a base de dados eletrônicos da Bireme, por meio dos serviços da Scielo, Science Direct e Google Acadêmico.

4. RESULTADOS

A descoberta das drogas antidepressivas ocorreu no final da década de 50 e seu emprego na prática clínica acarretou em um importante avanço no tratamento da depressão^{11,16}. Antidepressivos são medicamentos utilizados a fim de restaurar pacientes mentalmente deprimidos a um estado mental melhorado, reduzindo a intensidade dos sintomas. São importantes recursos utilizados no tratamento da depressão, todavia a escolha do tratamento é da competência do médico. Atualmente, existe uma grande variedade de antidepressivos, os quais são classificados de acordo com sua estrutura química ou seu mecanismo de ação¹¹.

Assim, na Tabela 1 estão descritas as principais classes de antidepressivos, bem como as os seus mecanismos de ação e possíveis efeitos indesejáveis.

Tabela 1 - Classificação dos antidepressivos^{7,17}.

Classe Farmacológica	Fármaco	Mecanismo de Ação	Efeitos Indesejáveis
IMAO	Não Seletivos e Irreversíveis - Tranilcipromina Isocarboxazida Iproniazida Fenelzina	IMAO não seletivo que se liga de forma irreversível inibindo às MAOs A e B	Hipotensão ortostática grave, diarreia, taquicardia, palpitação, nervosismo, excitação, hepatite,
	Seletivos e Irreversíveis - Clorgilina (IMAO - A) Selegilina (IMAO - B)	IMAO seletivo que se liga de forma irreversível inibindo às MAOs	leucopenia, síndrome de Parkinson, dificuldades no sono, disfunção sexual, sonolência, cefaléia, aumento de peso, anorexia, calafrios,
	Seletivos e Reversíveis - Moclobemida Toloxatona	IMAO seletivo que se liga de forma reversível inibindo às MAOs	

	Brofaromina		constipação e boca seca
ADTs	<p>Aminas Terciárias - Imipramina Amitriptilina Trimipramina Doxepina Aminas Secundárias- Desmetilimipramina Nortriptilina Protriptilina Tetracíclicos - Maprotilina Amoxapina</p>	<p>Bloqueio da recaptção de monoaminas, principalmente NE e 5-HT e, em menor proporção, DA. Aminas terciárias inibem preferencialmente a recaptção de 5-HT, e aminas secundárias, a de NE</p>	<p>Boca seca, aumento da pressão ocular, retenção urinária, taquicardia, constipação, ganho de peso, sonolência, sedação, fadiga, tontura, náusea, ganho de peso, hipotensão postural, taquicardia reflexa, disfunção erétil, tremores, alterações do sono</p>
ISRS	<p>Citalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina Escitalopram</p>	<p>Inibem de forma potente e seletiva a recaptção de serotonina</p>	<p>Náuseas, vômitos, sudorese, agitação, ansiedade, insônia, tremores,</p>
IRRSN	<p>Duloxetina Venlafaxina Levomilnaciprano Milnaciprano Desvenlafaxine</p>	<p>Inibem seletivamente a recaptção da serotonina e da noradrenalina</p>	<p>Náuseas, tonturas, sonolência, hipertensão, sudorese, tremores, disúria, palpitações, boca seca, cefaléia</p>
IRSAs	<p>Trazodona</p>	<p>Inibe a captação neuronal de serotonina e noradrenalina</p>	<p>Cefaléia, boca seca, sonolência, náuseas, obstipação intestinal e ataxia</p>
NaSSA	<p>Mirtazapina</p>	<p>Aumento das atividades noradrenérgica e serotoninérgica centrais</p>	<p>Sedação excessiva, ganho de peso, boca seca, edema, obstipação intestinal, dispneia</p>

ISRDS	Bupropiona	Se dá através de sua atividade noradrenérgica e dopaminérgica. Aumenta a liberação de noradrenalina corpórea	Agitação, ansiedade, <i>rush</i> cutâneo, diminuição do apetite, boca seca e obstipação intestinal
ISRNs	Reboxetina	Atividade seletiva sobre a recaptção de noradrenalina, com atividade antagonista alfa-2	Taquicardia, impotência, insônia, sudorese excessiva, obstipação intestinal e boca seca

Antidepressivos tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs), apesar de serem muito eficazes no tratamento da depressão, apresentam efeitos colaterais indesejáveis devido a inespecificidade de sua ação farmacológica e, além disso, são potencialmente letais em casos de superdosagem^{16,17,18}. Estudos apontam que usuários dessa classe de medicamentos, podem apresentar, principalmente nos primeiros dias de uso, uma elevação nos quadros de ansiedade com desenvolvimento da “Síndrome Tricíclica Precoce” - caracterizada pelo aumento da ansiedade¹⁷.

Nessa direção, nas últimas três décadas, foram desenvolvidas moléculas que se distinguem dos IMAOs, no que tange à sua irreversibilidade de ligação, e dos ADTs, no tocante à sua não seletividade farmacológica, o que levou a atenuação dos efeitos colaterais, resultando no surgimento de novas classes de antidepressivos^{16,17}, como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS); inibidor seletivo da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN); inibidores de recaptura de serotonina e antagonistas alfa-2 (IRSAs); noradrenérgico e específico serotoninérgico (NaSSA), inibidores seletivos da recaptura da dopamina (ISRDS) e inibidores seletivos da recaptura da noradrenalina (ISRNs).

O tratamento com medicamentos antidepressivos deve se basear na eficácia, segurança, tolerabilidade, toxicidade, riscos de dosagem excessiva, números de efeitos indesejáveis e custos. Além disso, no momento da prescrição o médico deve considerar as comorbidades e interações medicamentosas potenciais, a fim de minimizar riscos e maximizar a resposta terapêutica¹².

Assim, no que se refere a segurança do paciente antidepressivos, sobretudo os ADTs, devem ser usados com precaução em pacientes que apresentam tendências suicidas, visto que, em uma metanálise realizada pela *Food and Drug Administration* (FDA) com mais de 99.000 participantes, e com sujeitos que faziam tratamento com antidepressivos em ensaios para transtornos mentais, observou-se uma elevação no risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e autolesões não fatais^{15,19}. Outros estudos também sugerem um risco significativamente aumentado de suicídio ou tentativas de suicídio associadas ao uso destes medicamentos²⁰.

Nota-se que de fato há a possibilidade de pacientes com distúrbio depressivo, seja adulto ou pediátrico, experimentar piora da sua depressão e/ou o surgimento de ideação suicida, até que ocorra remissão significativa do quadro depressivo. Além disso, há uma preocupação de longa data de que os antidepressivos possam induzir a piora da depressão e o surgimento do comportamento suicida em determinados pacientes. Logo, faz-se de suma importância que sejam realizadas intervenções a fim de prevenir o suicídio em conjunto com o alívio dos sintomas depressivos¹⁵.

5. DISCUSSÃO

A depressão considerada “o mal do século” é uma condição que ainda desafia médicos e pacientes, e que segundo a OMS pode se tornar uma das maiores causas de mortalidade no século XXI. Consiste em uma condição neuropsiquiátrica, caracterizada pela perda de interesse por atividades, antes rotineiras, adicionada à, pelo menos, quatro dos sintomas característicos da depressão – tristeza, humor deprimido, mudança de apetite, insônia, sono excessivo, sentimento de culpa ou de desesperança, ideação suicida, dentre outros.

Nessa direção, os medicamentos antidepressivos surgidos na década de 50 foram considerados um importante avanço no tratamento da depressão. No entanto, atualmente há uma crescente preocupação quanto ao uso cada vez mais frequente destes medicamentos, e o receio de que os mesmos possam estar associados ao aumento do risco de ideação suicida e de comportamentos correlatos, visto que, embora o tratamento com antidepressivos, dentre diversas aplicações, esteja associado à prevenção do suicídio. Existem estudos que indicam que uma parcela considerável das tentativas de suicídio ocorre entre indivíduos que faziam o uso destes medicamentos.

Fato este que pode estar diretamente relacionado às altas dosagens prescritas. Além disso, o uso contínuo deste tipo de medicamento pode levar ao desenvolvimento de quadros de dependência química, que resulta em síndrome de abstinência quando o tratamento é suspenso, o que também pode contribuir para a manifestação de ideação suicida.

6. CONCLUSÃO

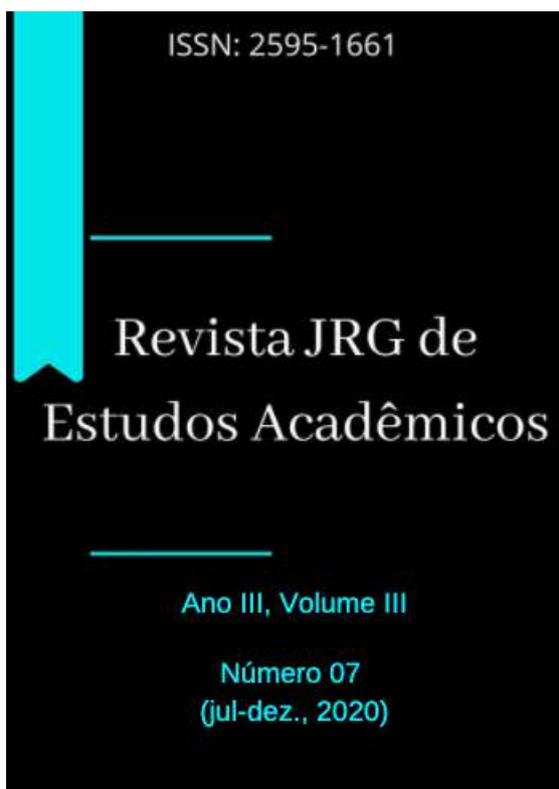
Verificou-se que, há uma crescente preocupação quanto ao fato de que medicamentos antidepressivos além de, induzir a uma piora do quadro depressivo podem contribuir para o surgimento de comportamento suicida. No entanto, apesar de existirem estudos que evidenciem que alguns indivíduos em uso de antidepressivos têm esse risco aumentado. Também, existem estudos que comprovam a real eficácia desta classe de medicamentos no tratamento da depressão. Logo, diante de tal contrariedade faz-se necessário que se desenvolvam mais estudos a respeito do tema.

Verificou-se também que, como forma de prevenção, no momento da prescrição o médico deve atentar-se para fatores como dosagem, comorbidades e potenciais interações medicamentosas. O paciente deve ser alertado sobre todos os riscos inerentes ao uso deste tipo de medicamento e, também sobre os riscos associados à súbita interrupção do tratamento, o que pode contribuir para o desenvolvimento de comportamento suicida. Ou seja, durante o tratamento deve ser realizado um acompanhamento mais fronteiro entre médico e paciente.

REFERÊNCIAS

1. WICHNIAK, A. et al. Effects of Antidepressants on Sleep. **Curr Psychiatry Rep.**, v.19, n. 63, p. 1-7, 2017.

2. ALBERT, P.R. Why is depression more prevalent in women? **Psychiatry Neurosci.**, v. 40, n. 4, p. 219-221, 2015.
 3. CYBULSKI, C.A.; MANSANI, F.P. Análise da depressão, dos fatores de risco para sintomas depressivos e do uso de antidepressivos entre acadêmicos do Curso de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 92-101, 2017.
 4. CUIJPERS, P. et al. Psychological treatment of depression in primary care: recent development. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 21, n. 129, p. 1-10, 2019.
 5. ZAPRUTKO, T. et al. Non-pharmacological treatments of inpatients with major depression – the case of Polish (Poznan) and German (Kiel) hospital. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 39, p. 1-4, 2020.
 6. WANG, J. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 7, p. 1-14, 2017.
 7. MAGALHÃES, A.E.C.; DINELLY, C.M.N.; OLIVEIRA, M.A.S. Psicotrópicos: perfil de prescrições de benzodiazepínicos, antidepressivos e anorexígenos a partir de uma revisão sistemática. **Electronic Journal of Pharmacy**, v. XIII, n. 3, p. 111-122, 2016.
 8. GUERRA, T.R.B.; MESQUITA, E.T. Visão metabólica envolvendo depressão e insuficiência cardíaca: uma análise reflexiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 1-10, 2020.
 9. RIBEIRO, A.; RIBEIRO, J.P.; VON DOELLINGER, O. Depression and psychodynamic psychotherapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, p. 105-109, 2018.
 10. CRUZ, F.N.O.; BONFIM, A.J. Relação do diabetes mellitus com a depressão e seus mecanismos fisiopatológicos: uma revisão. **E- REVISTA**, v. 18, p. 1-12, 2020.
 11. SOARES, M.M.; OLIVEIRA, T.G.D.; BATISTA, E.C. O uso de antidepressivos por professores: uma revisão bibliográfica. **REVASF**, v. 7, n. 12, p. 100-117, 2017.
 12. SCHENKEL, M.; COLET, C.F. USO De antidepressivos em um município do rio grande do Sul. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 20, n. 1, p. 33-42, 2016.
 13. DAL PIZZOL, T.S. et al. Uso de medicamentos antidepressivos na amamentação: avaliação da conformidade das bulas com fontes bibliográficas baseadas em evidências científicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1-8, 2019.
 14. TENG, C.T.; PAMPANELLI, M.B. O Suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2015.
 15. SILVA, J.O.G.; SANTOS, C.C. Fatores de risco associados ao suicídio: a tendência suicida pode agravar-se em sujeitos com transtornos depressivos. **Psicologia-pt**, s.n, p. 1-20, 2019.
 16. SOUZA, A.E.C. et al. Os efeitos dos antidepressivos no organismo. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 28, p. 146-153, 2015.
- Lima
17. SALES, I.P.L.S.R.L. Antidepressivos dispensados nos centros de atenção psicossocial do recôncavo baiano que apresentam efeitos sexuais. **Revista Brasileira de Saúde Funcional - REBRASF**, v. 10, n. 1, p. 18-28, 2020.
 18. COSTA, M.; MARINS, N. Hiponatremia associada a antidepressivos: uma revisão. **J Bras Psiquiatr.**, v. 67, n. 1, p. 52-58, 2018.
 19. BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Antidepressivos no transtorno depressivo maior em adultos. **BRATS**, Ano VI, n. 18, p. 1-35, 2012.
 20. HENGARTNER, M.P.; PLÖDERL, M. Reply to the Letter to the Editor: “Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl’s Re-Analysis”. **Psychother Psychosom**, n. 88, p. 373-374, 2019.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **16/10/2020**

Data de reformulação: **10/11/2020**

Data do aceite: **22/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4287497>

Publicado: **2020-11-22**

SÍNDROME DE BURNOUT E READAPTAÇÃO FUNCIONAL EM PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL

BURNOUT SYNDROME AND FUNCTIONAL READAPTION IN PUBLIC TEACHERS OF THE FEDERAL DISTRICT PUBLIC TEACHING NETWORK

Jose Francisco de Sousa¹

RESUMO

O perfil profissional do professor tem se modificado ao longo do tempo, porém, sua missão continua a mesma: a de educar e a de transmitir conteúdos que foram construídos historicamente. Contudo, após a Revolução Industrial, e mais recentemente, com o aumento da tecnologia e das transformações sociais, os professores têm sofrido bastante com o estresse. A este estresse provocado no trabalho e pelo trabalho, os pesquisadores deram o nome de Síndrome de Burnout (SB). Essa síndrome é caracterizada pelo estresse crônico, contínuo e intenso, pela despersonalização e a reduzida realização profissional. Atinge principalmente profissionais cujas profissões lidam com cuidados. A pesquisa é do tipo quali-quantitativa e foi realizada no final do segundo semestre de 2019 com professores de uma

¹ Formado em História, Letras, Pedagogia, Administração, Direito e Biologia; Especialista em Análise do Comportamento, e Terapia Cognitiva Comportamental, Neurociências, Neurociência e Aprendizagem e Psicologia Clínica. Mestrado: em Educação. Doutorando em Psicologia. Professor da Secretaria de Educação do DF desde 1985, e ex professor de várias Faculdades Particulares do DF. Ex coordenador pedagógico da Faculdade AD1 e Michelangelo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1890-7933>. E-mail: francisco1965@gmail.com

escola de ensino fundamental e outra de ensino médio, com professores que foram readaptados, isto é, professores que por motivo de saúde estão fora da sala de aula e que desenvolvem outras atividades pedagógicas. Para isso, primeiramente foi feito durante o período de um ano, observação direta desses professores, e em seguida, foram convidados para participar da pesquisa, primeiramente respondendo a uma entrevista e em uma segunda fase aplicando um questionário. Antes, porém foi feita uma busca no Portal CAPES utilizando os descritores “Burnout” e “Professor” onde encontramos mais de 1.200 periódicos; posteriormente acrescentou-se outros descritores como “Análise do Comportamento” e “Behaviorismo”, o resultado para períodos foi zero, porém, encontramos uma dissertação de mestrado, de cunho teórico no qual a autora procurou uma definição para Síndrome de Burnout sob a ótica da Análise do Comportamento. Os resultados indicaram que, mesmo readaptados, os professores continuam estressados e que o Programa de Readaptação Funcional, bem como o órgão gestor, não deram continuidade no processo de readaptação, mostrando que estes professores, além da doença pelo qual foi afastado do serviço, adquiriram outras, como a SB, depressão e até doenças físicas. Nesse sentido, podemos concluir que há uma necessidade de se elaborar políticas públicas de combate ao estresse (metacontingência) bem como fazer com que os professores adquiram novos repertórios comportamentais para lidar com as situações no trabalho.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Readaptação Funcional. Professor. Análise do Comportamento. Metacontingências.

ABSTRACT

The professional profile of the teacher has changed over time, however, his mission remains the same to educate and to transmit content that has been historically constructed. However, after the Industrial Revolution, and more recently, with the increase in technology and social change, teachers have suffered greatly from stress. This stress caused at work and by work the researchers called Burnout Syndrome (BS). The syndrome is characterized by chronic, continuous and intense stress, depersonalization and reduced professional achievement. It mainly affects professionals whose professions deal with care. The research is of the quali-quantitative type and was carried out at the end of the second semester of 2019 with teachers from an elementary school and another from high school, with teachers who were readapted, that is, teachers who for health reasons are out of the classroom and develop other pedagogical activities. To do this, they were invited to participate in the research, first by answering an interview and in a second phase by applying a questionnaire. The results indicated that, even when rehabilitated, teachers remain stressed and that the Functional Rehabilitation Program, as well as the management body, did not continue the rehabilitation process, showing that these teachers, in addition to the illness for which they were removed from the service, acquired others, such as BS, depression and other physical illnesses. In this sense, we can conclude that there is a need to develop public policies to combat stress (metacontingency) as well as to make teachers acquire new behavior repertoires to deal with situations at work.

Keywords: Burnout syndrome. Functional Readaptation. Teacher. Behavior Analysis. Metacontingencies.

1. INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho após a Revolução Industrial sofreu várias transformações e com ela, várias doenças laborais (GOMES; THEDIM-COSTA,1997). Quando a burguesia assume o poder e o trabalho manual é substituído pelas manufaturas, ocorre uma grande exploração do trabalho no qual Marx chamou de mais-valia. Alguns anos antes da Revolução Industrial, na Itália, o médico Ramazzini dá aulas cuja matéria intitulava *As Doenças dos Trabalhadores* (2016) que hoje vão desde a tetraplegia (física), até a depressão, a bipolaridade e a depressão, ou seja, as doenças mentais.

Modernamente a saúde mental é entendida como sendo um conjunto de comportamentos de caráter subjetivo que abrange o bem-estar físico e psíquico da pessoa. Abrange a autoeficácia, a autonomia, a competência e a realização das potencialidades da pessoa. Essa concepção de saúde indica que para estar saudável ou não pode ser determinado pelo ambiente, pelo seu repertório comportamental e pelos elementos culturais.

A Organização Mundial de Saúde tem alertado para o surgimento de várias doenças laborais que antes não existiam ou que existiam, mas que não eram tão percebidas ou que ainda não provocavam danos as instituições ou a produtividade, como a depressão e a Síndrome de Burnout (SB). Existem várias definições e conceitos para esta Síndrome, mas a que iremos utilizar é a descrita por Schmitz (2015). Segundo esta autora, a SB é caracterizada por comportamentos fisiológicos como fadiga, sudorese e cansaço, provocando fuga e esquiva. Segundo a autora, pessoas com SB respondem a estímulos relacionados ao trabalho de forma generalizada e dão respostas como esgotamento, irritação, cinismo, irritabilidade e até mesmo agressividade. Com isso, o profissional acometido com a SB evita situações relacionadas ao trabalho e contato com os colegas. O ambiente também influencia porque apresenta caráter aversivo pelas consequências que afetam o trabalhador.

Quando o professor fica doente por um longo período ele passa pelo Programa de Readaptação funcional. Se neste período ele continuar doente, a readaptação pode se transformar em aposentadoria compulsória. Na Secretaria de Educação do DF até o ano de 2018, mais de 2 mil e quinhentos professores foram readaptados, e alguns foram aposentados por invalidez, o que representa um número muito expressivo e gastos para o Governo que tem que contratar novos professores para substituir esses professores. Assim, o objetivo desta pesquisa foi o de analisar se a readaptação funcional tem desempenhado realmente o seu papel. Para isso, foram escolhidas duas escolas públicas da Secretaria de Estado do DF, uma de ensino médio com mais de 4 mil alunos e outra de ensino fundamental com mais de 1.200 alunos (dados fornecidos pelas respectivas secretarias das escolas).

Os professores da escola de ensino médio foram contatados diretamente e feito o convite, enquanto que os da escola de ensino fundamental, por indicação da supervisão pedagógica da escola. Como o convite foi feito diretamente, não houve a necessidade da pesquisa passar pela Comissão de Ética, mas todos os professores assinaram o termo de Consentimento e Livre Esclarecimento no qual, no ato da assinatura foi explicado que trata-se de uma pesquisa cujos dados serão guardados e utilizados apenas para fins acadêmicos, não haveria nenhum tipo de remuneração

ou ajuda financeira e que a pesquisa fazia parte de uma pesquisa mais ampla que seria a tese de doutorado do autor.

Optamos pela abordagem teórica o Behaviorismo Radical de Skinner e o conceito de metacontigência, conceito novo dentro da Análise do Comportamento e que ainda se encontra em processo de elaborar. Este conceito é útil para entender questões culturais. É uma unidade de análise que inclui uma prática cultural em todas as suas variações, segundo Glenn (1988). E o que seria uma prática cultural? Segundo a autora:

Uma prática cultural é um conjunto de contingências de reforçamento entrelaçadas no qual o comportamento e os produtos comportamentais de cada participante funcionam como eventos ambientais com os quais interage o comportamento de outros indivíduos (GLENN, 1988, p. 167)

Assim, o conceito de metacontigência entrelaçada pode ser útil na interpretação de fenômenos sociais concretos, como é o caso da Síndrome de Burnout (patologia) e a readaptação funcional do professor. Entendemos que o trabalho do professor é uma prática cultural pois depende de outros organismos (alunos; coordenadores; diretores, etc.) além do próprio emissor, tem um reforço cultural (a sociedade em muitos casos elogiam os professores por serem eles os responsáveis pela formação de outros profissionais) e com isso, a longo prazo tem-se um produto agregado que é a transmissão dos conteúdos que foram historicamente construídos. Além do mais, o ato docente, isto é, o de dar aula, incentiva a racionalidade, mas que depende de outros (do Estado, da família, dos próprios alunos), recebendo com isso reforço cultural (recebe um salário e elogios pela competência , e a ideia de que é uma das profissões mais dignas), e um produto agregado que é o fortalecimento da educação do país, fazendo com que outros fatores desencadeiam, como a melhorada da qualidade de vida da população, a conscientização política e social. Nesse sentido, o objetivo desse texto é tentar interpretar dois fenômenos sociais distintos, mas que estão entrelaçados: a SB e a readaptação funcional.

2. SAÚDE MENTAL E TRABALHO DO PROFESSOR

Várias pesquisas indicam uma relação direta entre saúde mental e trabalho (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016; TITTONI; NARDI, 2008) e são unânimes em afirmar que o trabalho já não é mais um local de realização pessoal e nem mesmo de prazer. Órgãos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e até mesmo internos, como o Ministério da Saúde do Brasil têm alertado para o adoecimento dos profissionais pela própria natureza do trabalho. A própria OMS estima que 350 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão. Estimativas desse órgão dizem que a cada 40 segundos uma pessoa suicida no mundo e sugere que os países formulem programas e projetos para ajudar pessoas que sofrem de transtorno mentais (WHO, 2010).

No Distrito Federal, em 2008 haviam 28.292 professores ativos (MEDEIROS, 2010). Dez anos depois, o número de professores ativos era de 26.730² e

² Dados fornecidos por Alan Silva Macedo, Gerente de Sistematização e Análise de Informação e Gestão, em outubro de 2018, através do Despacho SEI-GDF SEE/SUGEP/COGEP/DISER/GSAIG de 03 de outubro de 2018, com base na LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO – LAI. Acesso em: 05 out.de 2018.

obviamente, o número de alunos aumentou também. Segundo o Censo Escolar de 2018, no DF havia 459.935 turmas de alunos³, ora, se em cada turma tem em média (por baixo) cerca de 35 alunos, o número de alunos é de 16.097.725, se pegarmos esse número, dividido pelo número de professores, daria então cerca de 602 alunos para cada professor. Contudo, este número deve ser relativizado uma vez que os professores-pedagogos que atuam na educação infantil ou nas séries iniciais têm apenas uma única turma, enquanto que professores cujas disciplinas têm uma carga horária pequena, como história, geografia, filosofia, sociologia para completar uma carga horária semanal de 40 horas, têm que ter no mínimo 9 turmas, isto quer dizer que estes professores têm em média 350 alunos.

É sabido que o trabalho do professor não resume a apenas a regência. Sua jornada de trabalho vai além da sala de aula, com planejamento, correções de provas e trabalhos, elaboração e preparação de aulas, etc. Se este profissional for do sexo feminino, as condições de trabalho são piores ainda uma vez que ser mulher e ser professora, implica em uma dupla jornada de trabalho, havendo uma sobrecarga entre o trabalho doméstico e o trabalho profissional (ZIBETTI; RIBEIRO-PEREIRA, 2010).

Medeiros (2010) em uma pesquisa feita nas então trezes CRE apontou algumas causas da readaptação funcional estavam relacionadas com a depressão. As demais eram de ordem fisiológicas principalmente tendinite e distúrbios da voz.

3. A SAÚDE DOS PROFESSORES E INDICADORES DA SÍNDROME DE BURNOUT

3.1. O TRABALHO DO PROFESSOR E A SÍNDROME DE BURNOUT

A SB em professores é reforçada negativamente pela autoestima que se encontra baixa e desrespeito à categoria, à desvalorização profissional, e a outros fatores, como a falta da união da classe, demonstrada principalmente no interior da própria escola e nas assembleias convocadas pelos sindicatos, às cobranças excessivas e abusivas, às adversidades da escola, à ausência da família e a falta de melhoria nas condições de trabalho (urberização), provocando um forte estresse e desmotivação, conforme figura abaixo:

³ Dados obtidos em consulta a relatórios da Secretaria de Estado de Educação do DF. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/10/2018_PUB_DF_MAT_ETM__Total-DF-LOCAL.pdf>. Acesso em 19 mar. .2020.



Fonte: criado pelo autor.

Além dos fatores acima, ainda podemos citar a constante e rápida transformação do conhecimento e as inovações sociais, provocando no professor ansiedade e uma percepção de inutilidade. Professores novos principalmente aqueles formados após a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que de início duravam 3 anos, não são preparados para atuar no magistério. Esses cursos de licenciatura, nem se enquadram nos antigos cursos de licenciatura plena (4 anos) e nem dos de licenciatura curta (3 anos), e muito menos em um tecnológico cuja duração é de 2 a 2 anos e meio. Um professor precisa de tempo para amadurecer, para assimilar o trabalho que é feito em sala de aula e em um curso de três anos não consegue atingir esses objetivos. Nesse sentido, mesmo com a Resolução 2 de 1º. De julho de 2015, no seu § 1º. Do artigo 13 Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior para formação de professores, estabelecendo o mínimo de 8 semestre e de 3.200 horas para a formação, não conseguiram até hoje alcançar a qualidade na formação dos professores.

3.2. O AMBIENTE DE TRABALHO

O ambiente de trabalho do professor é a escola no seu sentido amplo e a sala de aula o seu lugar natural. O professor pode mudar de escola, mas sempre estará sempre em uma sala de aula. Tanto as escolas públicas como as privadas ultimamente tem sido lugares hostis para o professor, seja pela pressão burocrática, seja pela sua estrutura, ou também pelas próprias condições de trabalho.

A própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei 9394/96) no artigo 67 ao falar sobre a valorização dos profissionais da educação, no inciso VI prevê "condições adequadas de trabalho". E da mesma forma, a Organização Internacional do Trabalho também definiu as condições de trabalho para os professores (OIT,

1984) com o objetivo de oferecer um ensino de qualidade (GASPARINI *et al.*, 2005). Apesar disso, a realidade encontrada é outra, principalmente por aqueles que atuam na rede pública de ensino. As condições de trabalho são muito precárias, remunerações baixas e salas de aula insalubres, com uma acústica que prejudica a saúde do professor, iluminação inadequada, além de sala de aulas cuja temperatura não é boa. Pesquisadores como Melo (2001) assim se manifesta sobre o assunto:

A mera observância das normas de ergonomia, luminosidade, duração da jornada de trabalho, previstas em lei, não autoriza – por si só – a conclusão por higidez no meio ambiente do trabalho. Um trabalho realizado em condições extremas, estressantes poderá ser tão ou mais danoso ao meio ambiente do trabalho que o labor realizado em condições de potencial perigo físico. O dano à saúde psíquica – por suas peculiaridades- dificilmente tem seu perigo imediato (MELO, 2001, p.76).

Silva e Rosso (2019) apontam como problemas no ambiente de trabalho dos professores em Ponta Grossa no Paraná, a jornada de trabalho, os baixos salários, o excesso de trabalho e o sistema burocrático. Os professores que participaram da pesquisa se queixaram do cansaço, esquecimento, nervosismo, insônia, de azia/queimação, dores dos braços e ombros, dor nas costas, formigamento nas pernas, dor na coluna e inchaço nas pernas, de renite, problemas de pele, redução da visão etc. e somente 10% dos pesquisaram afirmaram estar satisfeitos com a profissão, boa com 20%, razoável com 40% e pouca 30%. Apesar da pesquisa ser recente, não foi citado a questão da violência que tem crescido dentro e fora da escola e que preocupa os professores. Corrobora da mesma ideia, pesquisa realizada por Farias (2009) realizada também em uma escola pública no Nordeste.

Um dos fatores que mais interferem no ambiente escolar é a violência contra os professores e causadores de licenciamento. Melandra *et al.* (2018) em uma pesquisa com professores da rede municipal da região de Londrina no Paraná, 7,9% dos professores entrevistados responderam que tiveram ameaças ou tentativas de violência física no qual os alunos utilizaram armas branca e até mesmo arma de fogo. Segundo os autores

A violência no ambiente escolar representa um grande problema social, especificamente aquela dirigida ao professor. Esse tipo de violência não é captado pelos sistemas tradicionais de informação, o que dificulta o monitoramento da ocorrência deste evento. Assim, pesquisas são necessárias para conhecer a prevalência, características e fatores envolvidos na violência escolar. Um inquérito norte-americano (*The APA Task Force on Violence Directed Against Teachers*) investigou a experiência de violência de 2 mil professores atuantes em vários níveis de ensino (MELANDRA *et al.*, 2018, p.2).

A violência contra professores dentro das escolas é um fenômeno internacional, nem mesmo os países desenvolvidos são isentos desse fenômeno. No Brasil, a violência contra professores corre tanto em escolas públicas municipais como nas estaduais. Além da violência física, outras formas de violência também são encontradas nas escolas, como homofobia, o racismo e outras formas de preconceitos (ABRAMORAY, sem data).

3.3. A UBERIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFESSOR

Recentemente no mundo capitalista surgiram novas formas de se comunicar – as redes sociais e vários aplicativos que “facilitam” a vida das pessoas; formas modernas de pedir comida e até mesmo de circulação de moedas, com o surgimento de moedas virtuais. Um aplicativo chamado Uber, de origem norte-americana, em 2014 começou a funcionar na cidade do Rio de Janeiro como meio alternativo aos tradicionais táxis, que eram caros.

Análoga a empresa UBER, surge um novo conceito nas relações de trabalho – a *uberização*. Essa ideia surgiu a partir das reflexões de estudiosos da área quando em 2019, um motorista de aplicativo de transporte, de 33 anos, após uma entrega, sofreu um AVC – Acidente Vascular Cerebral. O jovem acabou morrendo. A empresa pelo qual o jovem trabalhava sequer prestou assistência, e nem mesmo dos serviços públicos de saúde (O SAMU, por exemplo). Contudo, antes de falecer, o jovem tentou entrar no carro de outro aplicativo – o UBER, contudo, o motorista dessa empresa não permitiu que o jovem entrasse no seu carro, alegando que ele iria sujar o seu veículo, pois havia urina na sua roupa. Somente duas horas depois, um amigo do jovem o levou para o hospital, mas já era tarde.

Segundo Moreira (2019), a situação vivida pelo jovem traz à tona a fragilidade e riscos decorrentes dos novos modelos de contrato de trabalho, oriundos de dispositivos tecnológicos – o *sharing economy*, ou seja, a economia “colaborativa” ou cultura de compartilhamento (OLIVEIRA, 2019). Nesse modelo de relação de trabalho chama-se “*uberização*” modelo em que há uma intensa exploração da mão-de-obra por parte de algumas pessoas ou de poucas empresas, caracterizada pela ausência de responsabilidade ou obrigação em relação aos seus “colaboradores”. Então, a *uberização* das relações de trabalho nada mais é do que a precarização do trabalho. É um fenômeno que está acontecendo em todo mundo. No Brasil este fenômeno ocorre devido principalmente após a reforma trabalhista ocorrida em 2017 (Lei 13.467 de 2017) que provocou uma queda significativa na economia do país e o aumento do desemprego e dos empregos informais (SCHWARTSMAN, 2019).

A *uberização* mascara as relações assalariadas ao criar um tipo de trabalhador no qual ele pensa que é um empreendedor, mas que na verdade é um trabalhador desprovido de direitos, sendo apenas um prestador de serviços (ANTUNES, 2019). No que diz respeito aos professores, o processo de *uberização* tem início com algumas reformas feitas durante o governo de José Roberto Arruda (2007-2010), que durante o seu governo fez algumas reformas para diminuir os gastos públicos. No que diz respeito aos professores, em especial, os de contrato especial, o governador instalou um novo tipo de contrato temporário: por hora-aula, antes estes professores eram contratados com jornada de trabalho igual aos trabalhadores concursados, isto é, eram contratados por 20 ou 40 horas. Durante seu governo, um professor poderia ser contratado por uma jornada de até 4 horas chegando ao máximo de 40.

A mesma situação é verificada no estado de São Paulo. Segundo Silva (2019), em São Paulo foi criado a figura do professor eventual, um profissional que tem seu vínculo empregatício aquém da precarização do professor temporário. Estes profissionais não têm nenhuma garantia no emprego e sua remuneração é insegura e ao contrário dos professores concursados, não têm um plano de cargos e salários. Esses profissionais desempenham um trabalho intermitente, tipo de trabalho surgido

com a reforma trabalhista de 2017 no qual o contrato de trabalho é feito através de prestação de serviços, com subordinação, mas não é feito um trabalho contínuo, ocorrendo uma alteração de períodos na prestação de serviços e de inatividade, determinado em horas, dias, semanas ou meses, de acordo com os interesses do empregador. Com isso, a contribuição previdenciária, férias e 13º. Salário sejam deficientes e de difícil cálculo (DELGADO, 2017). Estes professores estão diariamente dentro das escolas à espera que um professor falte, e com isso, trabalham nos três turnos diários, contudo, se não houver falta de professor, não há pagamento nesse dia. Recebem por aula dada, sem receber descanso semanal remunerado, férias ou direitos garantidos pelos professores de contrato temporário, e dessa forma “...Torcem para que um professor peça licença superior a dez dias, porque assim podem ter um contrato temporário.” (SOUZA, 2013:221).

Esse tipo de trabalhador tem sido objeto de estudo de vários investigadores (VENCO, 2018, 2019) e todos entendem que este é o auge da precarização do trabalho do professor. São assim, em termos conclusivos, não-professores, ou *lupem-professor* uma vez que devido a caracterização de sua contratação, não podem sequer uma categoria precarização, pois, não têm estabilidade, não recebem salário nem exercem uma profissão (Souza, 2012). Como consequência, a *uberização* leva a intensificação do trabalho e a competição entre os trabalhadores (Pochmann,2016).

A precarização do trabalho docente está tão grande que já é possível contratar professor através de um aplicativo. Recentemente (2020), foi criado o aplicativo *Prof-e*, onde o professor que quiser participar da plataforma paga um valor que varia de R\$ 20,00 a R\$ 40,00 pela inscrição e cuja hora-aula é a mesma que a unidade de ensino paga para os seus professores efetivos (EXTRA-CLASSE, 2020).

3.4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)

Os estudos sobre o enfrentamento da SB em professores têm aumentado consideravelmente. As estratégias de enfrentamento se referem às ações cognitivas ou comportamentais tomadas no curso de um episódio particular de estresse (RYAN-WENGER, 1992). Dentre as estratégias podemos citar o confronto, o afastamento (com atestado médico), o autocontrole, a busca de suporte social, a aceitação de responsabilidades, a fuga e a esquiva, a resolução de problemas e a reavaliação positiva (CARLOTTO; CÂMARA, 2008). Os professores das escolas públicas, segundo pesquisa de Carloto e Câmara (2008), maior era a exaustão emocional.

Na perspectiva analítico-comportamental a estratégia de enfrentamento da Síndrome de Burnout só tem efeito se o professor adquirir um repertório comportamental capaz de lidar com as situações estressantes, bem como a aquisição de habilidades sociais. As habilidades sociais se referem a uma classe específica de comportamentos que um indivíduo emite para completar uma tarefa social e que lhe permitem lidar de maneira adequada com as demandas psicológicas de situações interpessoais (DEL PRETTE ZAP, DEL PRETTE, 2013; OLAZ, 2011).

Dessa forma, encontramos na literatura pontos comuns no que diz respeito às estratégias de enfrentamento da SB pelos professores. Além do mais, elas são importantes e determinantes para a não evolução da SB. Elas são importantes, contudo se o indivíduo não adquirir um repertório comportamental capaz de lidar com a situação, as estratégias não serão suficientes. Nesse caso, intervenções

terapêuticas são importantes, e estudos indicam que a terapia analítico comportamental e a terapia cognitivo-comportamental são as mais eficazes para esta situação, como afirma Silva *et al.* (2017):

Intervenções com suporte emocional são recomendáveis para os professores, com o intuito de prevenir e utilizar estratégias de enfrentamento das consequências causadas pela SB. (SILVA *et al.*, 2017, p.338)

Por outro lado, professores adotam como estratégia de enfrentamento, o afastamento momentâneo do trabalho, muitas vezes sem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

3.5. A SB EM PROFESSORES E AS CONSEQUENCIAS PARA A EDUCAÇÃO

Os estudiosos das doenças laborais têm conceituados a SB de diferentes formas de acordo com o ponto de vista de suas abordagens. O primeiro e único conceito sob o enfoque analítico comportamental foi feito através da dissertação de mestrado de Schmitz (2015). Trata-se de um conceito menos mentalista e mais científico possível. Para a construção desse conceito, a autora percorre um percurso metodológico que engloba a revisão da literatura a respeito da SB, no qual identificou o contexto e os comportamentos relacionados com a referida Síndrome para que em seguida pudesse encontrar os principais fatores abordados na literatura. Assim, dessa forma, para Schmitz (2015) começa por identificar as alterações física (problemas cardio-vasculares; distúrbios do sono, problemas gástricos e dores musculares) e as mudanças do repertório comportamental (esgotamento físico e mental, irritação, cinismo, tendência a evitar o trabalho, sentimento de fracasso, tendência a onipotência, dificuldade de encontrar confiança nas outras pessoas e dificuldade de delegar tarefas). Estes foram alguns dos sintomas mais frequentes em pessoas afetadas pela SB.

Alguns padrões comportamentais também foram detectados pela pesquisadora, como a despersonalização (caracterizada pelo cinismo, falta de sensibilidade em relação aos clientes etc) , o baixo envolvimento pessoal no trabalho, a frustração, a exaustão (mental e emocional), a depressão. Mas, o principal ponto de concordância entre os autores diz respeito as alterações comportamentais relacionadas à organização do ambiente de trabalho (trabalho intenso, o funcionamento e organização de um trabalho que muitas vezes é monótono, a falta de controle ambiental, etc. Também segundo a autora, as características pessoais também estavam presentes com pessoas com SB, como excessivo desgaste de energia ou pouco repertório de alguns profissionais, e principalmente o desencontro entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que realiza o trabalho. Estes são profissionais muito envolvidos com sua profissão. Contudo, quando citado essa característica feita pelo descobridor da Síndrome, o psiquiatra Freudenberger (1974), a autora critica esta perspectiva uma vez que coloca a culpa da doença no trabalhador, enquanto que na verdade, ele seria a vítima (SCHMITZ, 2015, p. 36). Aponta a autora como uma das causas determinantes da SB o ambiente coercitivo (falta de controle, falta de recompensa, excesso de trabalho). Condições antecedentes indicadas para o desenvolvimento da SB foi a presença de um ambiente organizacional conflitante com as necessidades do trabalhador, e as variáveis antecedentes mais comuns foram a sobrecarga de

trabalho, excesso de cobranças e frustrações de expectativas, muito exploradas pela literatura.

Devido a sua grande incidência, SB é reconhecida até mesmo pelos órgãos brasileiros, como o Ministério da Saúde, que através da Portaria 1339/1999 colocou ela na lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. E no CID 10 ela aparece com o código Z73.0, e hoje sendo largamente estudada nas diferentes profissões entre elas, a de professor (CODO, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARLOTTO, 2002; VASQUES-MENEZES; SORATTO, 2006).

Professores com Burnout tem efeitos negativos na docência, levando milhares de professores a abandonarem a profissão (Facci,2004; Silva, 2006) e o cansaço físico e mental leva a um comprometimento da qualidade do ensino e a aprendizagem dos alunos. Além disso, podemos citar o alto índice de absenteísmo e o que é grave: a ausência de reflexão crítica sobre a ação profissional (NÓVOA, 1996).

Mas, o que gostaríamos de enfatizar é que, com o crescente absenteísmo, readaptação funcional e muitas vezes aposentadorias por invalidez, os gastos para o Estado são grandes. No caso específico do DF, um professor com uma jornada de 40 horas, inicialmente tem um salário de mais de 5 mil reais. Ora, se todo ano há uma crescente demanda por aposentadorias e readaptação, a oneração é grande.

4. A READAPTAÇÃO FUNCIONAL COMO SOLUÇÃO PARA AMENIZAR A SB

A readaptação funcional é um mecanismo previsto em lei em todas as esferas do serviço público e de todos os poderes e em termos legais, é uma das formas de provimento de cargo para isso, a instituição deverá publicar nos seus Diários Oficiais, contudo no DF, a maioria dos casos é feita simplesmente através de um memorando no qual o serviço médico do órgão indica as restrições dos servidores. Isso explica de certo modo porque no DF não acontece concurso público para prover o cargo que ficou em vacância. E por se tratar em norma prevista em estatutos, seus elementos essenciais são dados por cada membro da federação, sendo comum, muitas vezes que as normas estaduais e municipais repliquem o que está escrito no Estatuto dos Funcionários Públicos (Lei 8112/90) que no art. 24 define readaptação como a investidura do servidor em cargo e atribuições compatíveis com a limitação que tenha sofrido (física ou mental) que foi verificada por uma junta médica oficial e que passou por um processo acompanhado pelos Programas de Readaptação Funcional.

No Distrito Federal ela é regulamentada pelo art. 277 da Lei Complementar 840 de 2011 que, como falamos anteriormente, apenas reproduz a Lei Federal. O professor quando readaptado e passado pelo Programa de Readaptação Funcional passa a exercer outras funções na sala de leitura (biblioteca), apoio da direção, etc. Não há na legislação do DF algum empecilho que o professor readaptado possa exercer função de direção, vice direção, supervisão ou de coordenação, mas a maioria prefere ficar em outros ambientes. Contudo, ao ser readaptado, no DF, o professor perde o direito de diminuição da sua carga horária em regência quando completa 20 anos de efetivo exercício de magistério, esta redução é apenas para os professores regentes.

Alguns professores relatam que, ao ser readaptado, ao desenvolver um trabalho mais tranquilo, o estresse diminui (o estresse causado pelo contato com alunos). Há inclusive casos de professores que são readaptados três vezes, conforme relato de Nascimento (2017) com professores da educação pública do ensino fundamental no Rio de Janeiro.

A função da readaptação é a de favorecer aos professores que ficaram doentes e permitir fazer atividades de acordo com suas limitações descritas pela junta médica quando encaminhado para a readaptação. Contudo, o trabalho desenvolvido pelo Programa é apenas até a readaptação, não há outro meio para o professor, quando readaptado, saber se estas novas condições realmente favorecem a sua saúde. Somente uma pesquisa profunda junto a estes professores poderia indicar se isso de fato está ou não ocorrendo.

Nesse sentido, a readaptação funcional pode ser uma solução para amenizar ou até mesmo acabar com a SB, mas tem suas limitações. Estas limitações requerem novos estudos mais profundos a respeito do assunto.

5. MÉTODO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA COLETA DE DADOS

Os dados coletados foram feitos em duas escolas públicas do DF: uma de ensino fundamental, considerada de médio porte com 32 professores efetivos e 7 com contrato temporário, sendo que 2 com jornada semanal de 40 horas e 2 com 20 horas; esta escola, segundo dados da secretaria contava na época da coleta de dados com 1.460 alunos distribuídos nas séries finais do ensino fundamental; é a segunda mais antiga escola do DF e está localizada na Asa Sul, no Plano Piloto de Brasília; a outra escola, de ensino médio é a maior escola pública do DF com quase 4 mil alunos matriculados nas três séries do ensino médio; tem esta escola 76 professores efetivos e 12 com contrato temporário, lotados na maioria no turno vespertino com turmas de 1º. ano com carga horária semana de 20 horas.

Em ambas as escolas, mais de 95% dos alunos matriculados são oriundos das diversas regiões administrativas do DF, o restante é da região do entorno do DF, cidades que pertencem ao estado de Goiás.

Segundo o último censo (2010), o Distrito Federal contava com quase 3 milhões de habitantes, hoje, estima-se que tenha 4 milhões. É a menor unidade da federação e a única que só tem uma única cidade¹: Brasília que está dividida em 37 regiões administrativa, sendo que o Plano Piloto, Taguatinga, Ceilândia, Samambaia são as maiores. O DF constava durante o ano de 2018 com 26.730 professores efetivos e 2.512 readaptados, conforme tabela abaixo

NO	N. PROFESSORES	N. READAPTADOS
014	29.197	1.632
015	28.880	1.807
016	27.831	2.039

017	26.503	2.372
018	26.730	2.512

Dados fornecidos por Alan Silva Macedo, Gerente de Sistematização e Análise de Informação e Gestão, em outubro de 2018, através do Despacho SEI-GDF SEE/SUGEP/COGEP/DISER/GSAIG de 03 de outubro de 2018, com base na LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO – LAI. Acesso em: 05 out.de 2018.

O Plano Piloto de Brasília é a terceira região administrativa mais populosa e a segunda em número de escolas públicas. O órgão gestor da educação pública do Plano Piloto chama-se Coordenação Regional de Ensino (CRE), cujo atual responsável é o professor Álvaro Matos de Souza. A CRE do Plano Piloto conta com 18 jardins de infância, 2 centro de educação infantil, 41 escolas classes, (que oferecem as séries iniciais do ensino fundamental), 5 escolas parques (escolas que são oferecidos curso de teatro, artes, etc.), 22 escolas de ensino fundamental, 5 Centros Educacionais (que oferecem as séries finais do ensino fundamental e os três anos do ensino médio), 6 Centros de Ensino Médio, 3 escolas que oferecem ensino especial, 4 escolas de educação da primeira infância, uma escola profissional (a escola de música de Brasília), 6 escolas de natureza especial (Escolas que oferecem EJA, aulas de ciências naturais, educação física, etc.) e 11 escolas conveniadas².

Frente à necessidade de contato direto com os participantes pelo critério de conveniência, foi então escolhida esta CRE e estas duas escolas como alvos para a investigação. O critério de conveniência diz respeito ao fato de que primeiramente o pesquisador trabalha em uma das escolas e é também professor readaptado, além de conhecer pessoalmente a maioria dos participantes da pesquisa.

5.2. PARTICIPANTES

Foram sujeitos da pesquisa 25 professores, sendo que 14 trabalhavam na escola de ensino médio e o restante na escola de ensino médio. São professores de ambos os sexos, prevalecendo os do sexo feminino (95%), com mais de 15 anos de regência antes do processo de readaptação, de diferentes área de formação, sendo que a maioria na área de humanas (85%) e um dos participantes que quis participar não era da rede de ensino do DF, mas estava cedido para trabalhar no DF porque seu órgão de origem tinha sido extinto, sendo lotado na biblioteca da escola.

Para a caracterização da amostra foram considerados as seguintes variáveis pessoais: idade, tempo de docência, tempo de readaptação, sexo. No que diz respeito a esta última variável, a maioria era do sexo feminino, com idade média de 45 anos de idade, sendo que a idade mínima foi de 35 anos e a maior de 66 anos. A maioria tinha em média 7 anos de readaptação, enquanto que a minoria com 2 anos. Os que estavam em processo de readaptação ou em restrição laboral não participaram da pesquisa. Os professores cuja carga horária era de 20 horas, todos trabalhavam em instituições participares de ensino.

5.3. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O levantamento das características da amostra foi elaborado a partir de um questionário elaborado especificamente para este estudo atendendo os objetivos a serem alcançados. Este instrumento versa sobre questões laborais e questões sociodemográficas.

Antes, porém, optamos por fazer uma observação direta dos professores readaptados, do seu novo ambiente de trabalho e das condições de trabalho.

Não optamos por utilizar uma escala de medição porque fugiria aos objetivos do estudo. Contudo, afirmamos que estudos futuros devem ser feitos utilizando uma escala para saber de fato de a readaptação funcional está de fato cumprindo com suas funções.

5.4. PROCEDIMENTOS

Foi feito inicialmente um esclarecimento de que esta pesquisa faz parte de uma outra maior – a do doutorado – e que os dados seriam confidenciais, sem identificação e que seria apenas uma amostra. E quanto aos procedimentos éticos foi realizado conforme legislação do Ministério da Saúde, resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

5.5. RESULTADOS

Neste estudo participaram 25 professores de duas escolas públicas do DF, dos quais 90% eram do sexo feminino com idade média de 45 anos e 25 de efetivo exercício de magistério, isto é, ficaram no mínimo 25 anos em sala de aula antes da readaptação. A maioria tinha curso de especialização (99%), sendo que quase todos eram da área de humanidades (também 99%), somente uma das professoras não tinha uma área de conhecimento específico, apenas o curso de pedagogia, mas que estava lotada nessas escolas.

Quanto ao local de residência, 80% moravam fora do Plano Piloto de Brasília. No que diz respeito ao número de filhos, 25% não tinham filhos, enquanto que 70% tinham em média dois filhos. Quanto ao estado civil, 60% eram solteiras e somente 10% eram casadas, o restante não respondeu ao questionário a respeito desse quesito. Entre os participantes, por serem solteiras (e solteiros), declaram que eram chefes da própria família e principal provedor. A média de leitura por ano era de 3 a 4 livros, e afirmaram não gostar de ler e nem queriam algum tipo de ascensão funcional fazendo curso de mestrado ou doutorado, e que a maioria dos cursos de especialização (99%) foram cursos a distância, fizeram porque além de aumentar um pouco o salário, serviam estes certificados para fins de computação de pontos para lotação na própria escola.

Algumas das professoras responderam também que tinham outra fonte de renda, como vender produtos artesanais ou produtos de revistas. A residência era própria, então os gastos que tinham eram basicamente com alimentação ou pagamento de escolas participares dos filhos, com isso, a renda líquida média era de R\$ 7.000,00. Relataram que suas fontes de lazer estavam relacionadas a passeios ao ar livre, ver televisão ou visitara parentes (90%), o restante afirmou que iam pelo menos de dois em dois meses ao cinema ou ao teatro, e se queixaram que este tipo de diversão era caro na cidade. Além do trabalho docente, desempenhavam também outras atividades remuneradas, como fabricação de semi-

joias, bijuterias e revisão de texto (quando solicitadas ou quando colocavam anúncio em algum local). Todos responderam ter uma jornada de trabalho de 40 horas e somente na mesma escola.

Não praticavam nenhum esporte, nem mesmo caminhada (80%) ou conseguiram matrícula no Centro de Educação Física do DF (CIEF) e faziam natação ou musculação (10%). Afirmaram que, quando chegavam em casa ainda tinha que fazer comida para elas mesmas ou para os seus filhos, e que quase nunca frequentavam restaurante (99%). Quando perguntados sobre se foram afastados por motivos de doenças mentais (depressão, estresse etc.) 80% responderam que sim, e que 2% foram readaptados por motivos de ordem fisiológica ou outros (12%). Estavam readaptados em média de 8 anos, e com isso, faltava pouco tempo para a aposentadoria (normal).

Quando perguntados a causa principal da readaptação funcional, responderam que sofreram violência dentro da escola (25%), depressão (5%), estresse provocado pelo próprio trabalho (35%) e que sua readaptação durou em média 2 anos, passando pelo Programa de Readaptação Funcional. Afirmaram também que a sua readaptação não foi publicada no órgão oficial do governo (DODF), mas sim oficializada pela junta médica cujo diretor do serviço médico expediu um memorando falando que o servidor estava readaptado e descrevendo algumas das funções que deveriam desempenhar agora.

Foram também indagados para aqueles cuja readaptação foi por causa de alguma doença mental, se faziam terapia. A maioria disse que não (99%) porque terapia era cara e que não pagavam nenhum plano de saúde particular. Preferiam usar medicamentos (80%) ou não compravam (20%). A único a responder que fazia acompanhamento psicoterápico afirmou que tinha plano de saúde, mestrado e que fazia terapia como forma de lidar com os problemas. Neste último caso, foi perguntado se ele sabia qual a linha teórica adotada pelo seu terapeuta e afirmou que era a cognitiva-comportamental, mas que as vezes essa pessoa misturava um pouco com psicanálise

Foi perguntado também se conheciam a terapia analítico-comportamental, e a maioria afirmou que não conhecia (99%), mas quando indagados se conheciam o Behaviorismo afirmaram que conheciam sim (100%), mas achavam que não era uma terapia, apenas uma das teorias da educação que foi vista durante o curso de licenciatura (89%).

5.6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam que os professores readaptados sofrem com a SB devido ao baixo repertório comportamental para lidar com a nova situação funcional, além de baixos reforços e enfrentam um ambiente que muitas vezes é aversivo.

Destacamos a falta de ações por parte dos órgãos competentes, especialmente a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e a falta de mobilização das Gerências que lidam diretamente com os professores, como a Gerência de Cadastro e Evolução Funcional (GEVOF) e a Diretoria de Acompanhamento e Apoio ao Servidor – DISER. Órgãos estes que nenhum dos professores readaptados entrevistados sabiam da sua existência ou da sua função. O único órgão que estes professores conheciam eram SIAPMED – Sistema de

Atendimento de Perícia Médica, órgão que nem pertence à SEEDF, mas sim a SEPLAG, que é da Secretaria de Economia do DF.

Em relação às variáveis demográficas, verificou-se que os professores do sexo feminino apresentaram maior exaustão emocional no qual atribuímos este fator está relacionado à dupla jornada de trabalho. A elas também além das doenças que foram adquiridas com a profissão, outras começaram a surgir como dores na coluna, fibromialgia, dores nas pernas e nos ossos uma vez que, por não terem jornada reduzida mesmo muitos tendo mais de 20 anos de profissão, tinha quem desempenhar papéis que exigiam muita mobilização. As professoras que estavam lotadas na escola de ensino médio, todas elas tinham problemas de locomoção, e muitas vezes tinham que se deslocar para o primeiro andar através de escadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Burnout (SB) surge como um problema de ordem psicossocial e afeta diferentes profissionais não só no Brasil, mas também em quase todos os países, independente de grau de desenvolvimento. Dentre os profissionais, os professores são os mais afetados, gerando preocupação não somente das instituições governamentais, mas também em empresas privadas e até mesmo em categorias que não são consideradas trabalhadoras, como estudantes universitários. No DF, a cada ano que se passa, o número de professores adoecidos pelo trabalho tema aumentado, gerando um custo muito alto para os cofres públicos. Nessa unidade da federação, dados de 2018 indicaram que mais de 2.600 professores foram readaptados, sendo que a maioria por problemas mentais, como depressão, transtornos bipolares, e mais recentemente, pela SB.

De acordo com os resultados obtidos, ficou evidente que, mesmo readaptado, os professores continuam adoecidos e, mais grave ainda, novas doenças têm surgido nesses profissionais. Isso quer dizer que, não só no DF, mas em outras unidades da federação, os Programas de Readaptação Funcional têm que ser revistos e políticas públicas de proteção ao trabalhador tem que ser elaboradas no sentido de amenizar ou prevenir a SB, como por exemplo, promover a valorização humana no ambiente de trabalho, bem como mudanças pessoais e institucionais, mudando o estilo de vida, em especial, a qualidade nos relacionamentos e controle do estresse (BICALHO *et al.*, 2019; VASCONCELOS-ROCHA *et al.*, 2016).

Devido à falta de cuidados ou de políticas públicas para evitar a SB em professores, alguns desenvolvem estratégias de combate. Contudo, caberia às instituições o desenvolvimento e criação de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos professores, como por exemplo, a promoção de workshops. As iniciativas até hoje foram poucas e as que aconteceram deram origem a teses e dissertações (AMARAL, 2018; LUZ-NERIS, 2018; ROSSI, 2018). Mas, uma das formas mais eficazes no enfrentamento sem dúvida são as intervenções emocionais principalmente através de suportes psicoterápicos.

Como consequência da SB todo o processo educacional fica comprometido, principalmente a sua qualidade. Professores não motivados podem afetar a aprendizagem dos alunos.

Propomos que ao ser readaptado, o professor seja inserido em um ambiente novo em que haja maior respeito e cooperação. Há também a necessidade de se elaborar projetos por parte da Instituição e pelos gestores para evitar que estes professores continuem doentes ou que sua doença possa lhe incapacitar ao ponto

de ser aposentado. Também é preciso lembrar que a readaptação funcional é um direito e uma conquista dos professores da rede pública do DF, conquista esta que ainda não foi estendida para os professores da rede particular. E um grande desafio ainda da readaptação é a questão da perda da identidade profissional provocado pelas novas funções e que muitas vezes nem são reconhecidas pelos próprios colegas.

7. REFERÊNCIAS

ABRAMORAY, Miriam. Violências nas Escolas. ABRAMORAY, Miriam. Programa de prevenção à violência nas escolas. *FRACSO*, Brasil (s.d.).

AMARAL, Grazielle Alves. Escuta clinica do trabalho e re(significação) do sofrimento de professores readaptados. Tese não publicada (*Doutorado em Psicologia*). Brasília, Universidade de Brasília, 2018.

ANTUNES, Ricardo. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: *Boi tempo*, 2019.

BICALHO, Camila Cristina Fonseca; CARVALHO, Moisés de Vieira; LEÃO-ANDRADE, Natália Cristina; GUIMARÃES, Juliana Bohnen. O estilo de vida influencia nos índices de burnout em professores. *Brazilian Journal of Development*, 5(10), 19160-19169, 2019.

BIROLIM, Marcela Maria; MESAS, Arthur Eumann; GONZÁLEZ, Alberto Durán; SANTOS, Hellen Geremias dos; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; ANDRADE, Selma Maffei de. Trabalho de alta exigência entre professores: associações com fatores ocupacionais conforme o apoio social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1255-1264, 2019.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Título III, Capítulo 4: Do Distrito Federal e Territórios*. Brasília, Ed. do Senado, 1988.

BRASILIA. SEEDF. CRE Plano Piloto e Cruzeiro. Disponível em <<http://www.se.df.gov.br/cre-plano-piloto/>>. Acesso em 15 mar. 2020.

CARLOTTO. M. S. A. Síndrome do Burnout e o trabalho docente. *Ver. Psic. em Estudo*, Maringá, v. 7 n. 1, 2002.

CARLOTTO, Mary Sandra; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psicologia da Educação*, São Paulo, 26, 29-46, 2008.

CODO, Wanderley. *Educação, carinho e trabalho*. Burnout: a síndrome da desistência do educador, que pode levar á falência da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

DELGADO, Mauricio Godinho. *A Reforma Trabalhista no Brasil: com os comentários à Lei n. 13.467/2017*. São Paulo: LTR, 153- 157, 2017.

DEL PRETTE, ZAP; DEL PRETTE, A. Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. OSÓRIO, F.L. (org.). *Social Anxiety Disorders: from theory to practice*. Nova Iorque: Nova Science Publishers, 49-62, 2013.

EXTRA-CLASSE. *Contratação uberizada de professores por aplicativo já é realidade*. Extra-classe, Publ. 07 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.extraclasse.org.br/educacao/2020/01/contratacao-uberizada-de-professores-por-aplicativo-ja-e-realidade/>>. Acesso em 19 mar. 2020.

FACCI, Marilda Gonçalves Dias. *Valorização ou esvaziamento do trabalho do professor? Um estudo crítico-comparativo da teoria do professor reflexivo, do construtivismo e da psicologia vigotskiana*. Campinas: Autores Associados (Coleção Formação de Professores), 2004.

FARIAS, Patrícia Martins. *Condições do ambiente de trabalho do professor: avaliação em uma escola municipal de Salvador-Bahia*. Dissertação não publicada (mestrado em Saúde, ambiente e trabalho. Salvador, Bahia, UFBA, 2009.

FREUDENBERG, H.J. Staff born-out. *Jornal of Social Issues*, 20(1), 159-165, 1974.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.

GLENN, S.S. Contingences and metacontingencies: Toward a synthesis of behavior analysis and cultural materialism. *The Behavior Analyst*, 11, 161-179, 1988.

GOEBEL, D. K.; CARLOTTO, M. S. Preditores sociodemográficos, laborais e psicossociais da Síndrome de Burnout em docentes de educação a distância. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2). 295-311, 2019.

GOMES, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilema. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 13 (suplemento 2), 21-32, 1997.

LIMA DA SILVA, Jorge Luiz; CARDOSO DE LACERDA PEREIRA, Letícia; PEREIRA SANTOS, Mariana; ALVES BEZERRA BORTOLAZZO, Pedro Antonio; GOMES DA SILVA RABELO, Thalia; AMARAL MACHADO, Emanoele. Prevalência da síndrome de Burnout entre professores da Escola Estadual em Niterói, Brasil. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (34), 14-25, 2018.

LUZ-NERIS, Marco Aurelio. Representações Sociais da identidade docente readaptado no magistério público do DF. Tese não publicada (tese em Psicologia). Brasília, Universidade Católica de Brasília, 2018.

MARX, Karl; ENGELS, Friederick. *A ideologia Alemã*. São Paulo: Boi Tempo, 2007.

MARX, Karl. *O 18 Brumário de Luis Bonaparte*. São Paulo: Boi tempo, 2011.

MEDEIROS, Rosana Carneiro Ferreira. *Para uma ecologia (mais) humana do professor readaptado*. 2010. 217 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MELANDRA, Francine Neselo; SANTOS, Hellen Geremias; SALVAGIONI, Denise Albiere Jodas; MESAS, Arthur Eumann; GONZÁLEZ, Alberto Durán; ANDRADE, Selma Maffei. Violência física contra professores no espaço escolar: análise por modelos de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-12, 2018.

MELO, Sandro Nahmias. *Meio Ambiente do Trabalho: Direito Fundamental*. São Paulo: LTr, 2001.

NASCIMENTO, Jorge Luis da Silva. *Representações Sociais da Síndrome de Burnout por professores do ensino fundamental de escolas públicas do Rio de Janeiro em situação de readaptação*. Dissertação (Mestrado em Educação), Rio de Janeiro, Universidade de Sá, 2017.

NÓVOA, Antonio (1996). O passado e o presente dos professores. Nóvoa, Antonio. (Org.) *Profissão professor*. Porto, Portugal: Porto, 1996.

OLAZ, F.O. Contribuições da teoria social-cognitiva de Bandura para o treinamento de habilidades sociais (p.109-18). DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. (orgs.). *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

OLIVEIRA, Tatiana Moreira Rosini. A uberização das relações de trabalho. *Revista Carta Capital*, Publ. 9 ago 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/justica/a-uberizacao-das-relacoes-de-trabalho/>>. Acesso em 19 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO *A condição dos professores: recomendação Internacional de 1966, um instrumento para a melhoria da condição dos professores*. Genebra: OIT/ Unesco, 1984.

POCHMANN, Márcio. A uberização leva à intensificação do trabalho e a competição entre os trabalhadores – entrevista. *Revista POLI: saúde, educação e trabalho – jornalismo público para o fortalecimento da educação profissional em saúde*, 9(48), 16-20, 2016.

RAMAZZINI, Bernardino. *As doenças dos trabalhadores*. 4.ed. São Paulo: Fundacentro/Ministério da Saúde, 2016.

RODRIGUES, Cristina Delgado; CHAVES, Laura Brandão; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em professores da educação pre-escolar. *Interação Psicologia*, 14(2), 197-204, 2010.

RODRÍGUEZ RAMÍREZ, José Andrés; GUEVARA ARAIZA, Albertico; VIRAMONTES ANAYA, Efrén. Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de investigación educativa de la REDIECH*, 8(14), 45-67, 2017.

ROSSI, Valéria Rondon. *Ser ninguém: um estudo de caso sobre readaptação funcional na perspectiva da psicodinâmica do trabalho*. Dissertação de mestrado não publicada (mestrado em Psicologia). Brasília, Universidade Católica de Brasília, 2018.

RYAN-WENGER, N.M.. A Taxonomy of Children's Coping Strategies: A Step Toward Theory Development. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 62, pp. 256-263, 1991.

SCHMITZ, Giliane Aparecida. *Síndrome de Burnout: uma proposta de análise sob enfoque analítico-comportamental*. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento). Maringá, Universidade Estadual de Maringá, dissertação não publicada, 2015.

SILVA, Guilherme Leonardo Freitas Silva; ROSSO, Ademir Jose. As condições de trabalho docente dos professores das escolas públicas de Ponta Grossa-PR. XIV Congresso Nacional de Educação, Curitiba, Paraná, 2019. Acesso em 19 mar. 2020. Disponível em: <https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2008/495_536.pdf>.

SILVA, Adelson Fernandes; MATOS-MAIA, Maria de Fátima; GONÇALVES-LIMA, Celina Aparecida; GUEDES, Izulina Torres; COSTA-PEDREIRA, Karolina; SANTOS-SILVA, Diego Augusto; PETROSKI, Edio Luiz. Fatores que prevalecem ao esgotamento profissional em professores. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, 25(2), 333-339, 2017.

SILVA, Flávia Pietá Paulo. Burnout – um desafio aos trabalhadores. *Revista Psi, Revista de Psicologia Social e Institucional*, Maringá, UEL, 2(1), 2000.

SILVA, Mariana Pereira; BERNARDO, Marcia Hespahol; SOUZA, Heloísa Aparecida. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41(23), 1-12, 2016.

SILVA, Maria Emília Ferreira. Burnout: por que sofrem os professores? *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, UERJ, 6(1), 89-98, 2006.

SILVEIRA, K. A.; ENUMO, S. R. F.; BATISTA, E. P. Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento em professores de ensino multisseriado. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 18(3), 457-465, 2014.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento humano*. Trad. de J. C. Todorov. São Paulo, SP: Martins Fontes (Original publicado em 1953), 2003.

SOUZA, A. N. A modernização do trabalho de professores: processos de precarização e ataque ao trabalho. *36º Encontro Anual da ANPOCS*. Anais. Águas de Lindóia/SP, 2012.

SCHWARTSAMAN, Alexandre. A queda do emprego e a reforma. *Revista Veja*, 2019. Acesso em 19 mar. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/alexandreschwartsman/2018/01/1947680-a-queda-do-desemprego-e-a-reforma.shtml>>.

TITTONII, J.; NARDI, H.C. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. JACQUES, MGC. *et al.* (orgs.) *Relações sociais e ética [online]*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 70- 80, 2008.

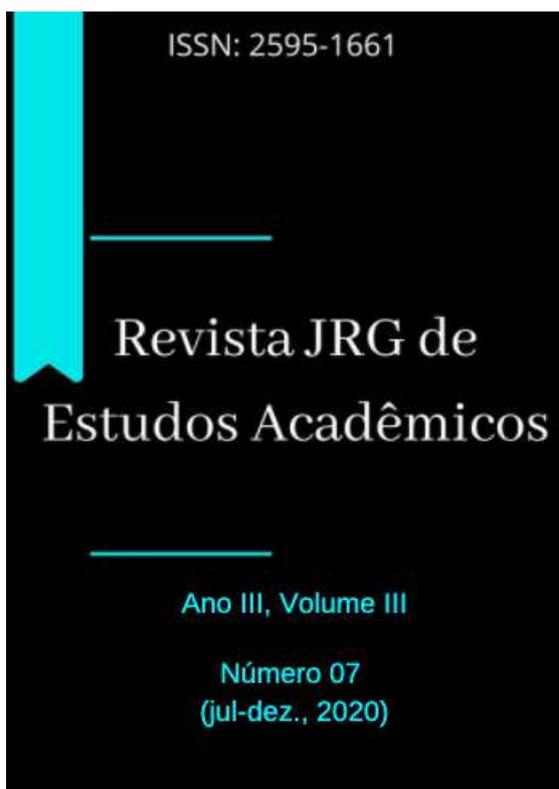
VASCONCELOS-ROCHA, S.; SQUARCINI, C.F. Paixão-Cardoso, J, Oliveira-Farias, F. Características ocupacionais e estilo de vida de professores em um município do nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, v.18, 214-225, 2016.

VENCO, Selma. Situação de quasi-uberização dos docentes paulistas? *Revista da ABET*, v. 17, n. 1, 2018.

VENCO, Selma. Uberização do trabalho: um fenômeno de tipo novo entre os docentes de São Paulo, Brasil? *Caderno de Saúde Pública*, 35, 2, 2019.

WHO, World Health Organization. *GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. 2010.

ZIBETTI, Marli Lúcia Tonatto; RIBEIRO-PEREIRA, Sidnéia. Mulheres e professoras: repercussão da dupla jornada nas condições de vida no trabalho docente. *Educar em Revista*, editora da UFPR, n. especial 2, 359-276, 2010.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **06/11/2020**

Data de reformulação: **17/11/2020**

Data do aceite: **24/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4289233>

Publicado: **2020-11-24**

FORMAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO TRABALHO DOCENTE

TRAINING AND VALUING TEACHING WORK

*Diêgo Borges Rodrigues¹
Graciele Ferreira de Sousa²
Jurenice da Silva Barreto³
Valdivina Alves Ferreira⁴*

Resumo

No Brasil, o docente atua em sua profissão mesmo diante de possíveis lacunas na formação inicial e continuada, de remuneração e condições de trabalho, por vezes impróprias, que tornam essa carreira desafiadora. Sabe-se que esses problemas são antigos e por mais que se tenham normativas como a Constituição Federal de 1988 (CF), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (LDBEN), o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (PNE) e

¹ Cursando Mestrado em Educação como aluno especial na Universidade Católica de Brasília. Experiência na área de Gestão Estratégica de Pessoas, em especial no subsistema de Treinamento e Desenvolvimento. Lattes; <http://lattes.cnpq.br/9363267671125534> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0816-9858> E-mail: diegoborgesr@gmail.com

² Mestranda em Educação pela UCB, Neuropsicopedagoga, Pedagoga e Professora da SEDF. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3599244066099350>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7847-1505>. E-mail: graciele.sousa@gmail.com

³ Mestranda em Educação pela Universidade Católica de Brasília. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1686474662664459>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7847-1505>. E-mail: jurenicesb@gmail.com

⁴ Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – Goiás) e professora do Programa de Pós-Graduação stricto sensu (Mestrado e Doutorado) em Educação da Universidade Católica de Brasília (UCB). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4825111570999096>. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2306-7465>. E-mail: valdivina5784@hotmail.com

tantos outros, o professor da Educação Básica no Brasil tem uma carreira desvalorizada e que, por conseguinte, pode levá-lo ao desestímulo. O profissional docente pode modificar a vida de estudantes, e esse efeito precisa ser valorizado pelas autoridades das políticas públicas de forma a refletir mudanças efetivas para sua melhor formação e maior valorização. Nessa perspectiva, essas ações ficam consoantes com a importância que esses profissionais têm na Educação. Destarte, esse trabalho tem como objetivo contemplar aspectos históricos de desenvolvimento do processo de formação do professor, bem como sua valorização. Ademais, são apresentadas algumas nuances dos aspectos políticos da Legislação e de alguns autores que abordam a temática e que vão ao encontro dos problemas e perspectivas atuais. Esta é uma pesquisa qualitativa na qual os dados foram colhidos através de análise bibliográfica e documental. Por fim, concluiu-se que tanto a sociedade como os órgãos competentes devem acompanhar o cumprimento da LDBEN, a fim de que as metas do PNE sejam alcançadas.

Palavras-chave: Docente. Formação. Valorização.

Abstract

In Brazil, teachers act in their profession even in the face of possible gaps in initial and continuing education, remuneration and working conditions, sometimes improper, which make this career challenging. It is also known that these problems are old and as much as there are regulations such as the Federal Constitution of 1988 (CF), the Law of Directives and Bases of Education of 1996 (LDBEN), the National Education Plan 2014-2024 (PNE) and many others, the teacher of Basic Education in Brazil has a devalued career and that, therefore, can lead to discouragement. The teaching professional can modify the lives of students, and this effect needs to be valued by public policy authorities in order to reflect effective changes for their better training and greater appreciation. In this perspective, these actions are consistent with the importance that these professionals have in Education. Therefore, this work aims to contemplate historical aspects of development of the teacher training process, as well as its valorization. In addition, some nuances of the political aspects of the Legislation are presented, as well as some authors who approach the theme and who meet current problems and perspectives. This is a qualitative research in which the data was collected through bibliographic and documentary analysis. Finally, it is concluded that both society and the competent government agencies must monitor compliance with the LDBEN, so that the goals of the PNE are achieved.

Keywords: Teacher. Teacher education. Teacher appreciation.

1 INTRODUÇÃO

A formação de professores no Brasil tem passado por diferentes momentos ao longo da história. Ao final da década de 1970, a literatura acadêmica, através de Saviani (2005), Freire (1991), Libâneo (1994), dentre outros, apresentou relatos de debates acerca da crise educacional que estava iniciando no país. Além disso, melhores condições de trabalho e salários dignos foram alguns dos temas debatidos por autores como Hipólito (1991), Balzan e Paoli (1988). Em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases

da Educação Nacional (LDBEN) veio à tona reflexões sobre temas relevantes na esfera da educação.

Salienta-se que a formação inicial e suas complexidades foram a tônica dos debates da década de 1980. Não menos importante, a formação continuada, bem como a valorização dos docentes foram foco das discussões. A legislação e normativas vigentes no país direcionam olhares aos profissionais da educação no sentido de assegurar direitos ao longo de sua trajetória formativa e profissional. Contudo, a realidade apresenta um outro cenário. Professores, em especial da rede pública de educação básica, vivem um contexto de grandes desafios em seus lócus de trabalho, como infraestrutura deficiente e enfrentamento de violência entre estudantes e docentes.

Sabe-se que o professor é um dos principais atores no processo educacional e que assume papel relevante na construção do conhecimento. Assim, este estudo objetiva desvelar uma breve contextualização da formação docente na história da educação brasileira, seguida pela formação inicial, pelo Programa de Residência Pedagógica (PRP) e pela formação continuada. Pretende-se com isso refletir sobre a valorização do professor. Desta forma, para atingir esses objetivos, realizou-se uma pesquisa qualitativa na qual os dados foram obtidos mediante análise bibliográfica e documental.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES NO BRASIL

A formação de professores no Brasil é um tema relevante, por isso faz-se necessário discutir acerca dos cursos de licenciatura, a fim de refletir sobre suas especificidades e de que forma poderão contribuir para o aprimoramento das práticas docentes.

Nesse sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) normatiza a formação de professores e traz novas perspectivas para a Educação Básica no Brasil. De acordo com Diniz-Pereira (2016), debates sobre os problemas dos cursos de formação docente dividiram-se em dois momentos marcantes: antes e após a aprovação da LDBEN. O autor afirma que, antes da aprovação da lei, os problemas quanto à formação docente foram debatidos e defendidos entre as décadas de 70 e 80. Nesse momento, uma crise educacional emergia, requerendo a defesa por melhores condições de trabalho e salários mais dignos. Assim, após a aprovação desta lei, houve novos debates a respeito da formação de professores nas licenciaturas, das demandas e desafios das práticas docentes e da valorização profissional.

No Brasil, a formação docente foi definida em três períodos, como descreve Saviani (2005): em 1890, com a reforma da escola normal de São Paulo; em 1939 e 1946, com a definição de formação docente para o Ensino Secundário e Escola Normal (respectivamente); e por último, em 1971, com a reforma do Ensino (extinção da Escola Normal e criação da habilitação magistério). A LDBEN poderia ter sido considerada, segundo Saviani (2005), o quarto momento da formação docente, que não aconteceu por inúmeras falhas e ambiguidades na legislação, o que não impediu que essa temática continuasse avançando ao longo dos últimos anos.

Destaca-se que temas antigos e recorrentes debatidos sobre a Formação de Professores assumem relevância nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), definidas pela Resolução CNE/CP nº 2, de 1º julho de 2015.

Sobre isso, Leite (2016) menciona como pertinente que sejam avaliados problemas decorrentes de algumas divisões existentes na formação, tais como: disciplinas relacionadas à área pedagógica e disciplinas específicas, teoria e prática, formação acadêmica e realidade escolar.

Nessa perspectiva, o Cap. II da DCN, Art. 5º, Inciso IV, contribui com uma visão ampla do processo formativo dos professores que permeia a ação pedagógica, possibilitando as condições para o exercício do pensamento crítico, a resolução de problemas, o trabalho coletivo e interdisciplinar, a criatividade, a inovação, a liderança e a autonomia (BRASIL, 2015). Ademais, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais estabeleceram o aumento da carga horária de 2800 horas para, no mínimo, 3200 horas com duração de oito semestres ou quatro anos para a formação inicial de professores em cursos de licenciatura. Esses aspectos pedagógicos e de formação podem favorecer o reconhecimento do trabalho docente e a sua valorização.

Além disso, ao longo dos últimos 30 anos houve avanços relacionados à educação. Em 1995, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) se tornou responsável exclusivamente pela Educação com a criação do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF), implantado pela Emenda Constitucional nº. 14 de 1996 no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que começou a vigorar em 1998. Posteriormente, elaborou um manual de orientação no qual o Plano de Carreira e Remuneração do Magistério foi definido como:

Um conjunto de normas estabelecidas por lei (estadual ou municipal), com o objetivo de regulamentar as condições e o processo de movimentação na carreira, estabelecendo a progressão funcional (por níveis, categorias, classes), adicionais, incentivos e gratificações devidos, e os correspondentes critérios e escalas de evolução da remuneração (BRASIL, 2004, p.15).

Ainda em 1996 foram estabelecidas as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e em 2007 o FUNDEF deu lugar ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), regulamentado na Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007. No mesmo ano foi lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação, Decreto nº 6.094 de 24 de abril de 2007.

Em 2014, a presidente Dilma Rousseff sancionou o Plano Nacional de Educação - PNE (2014-2024), no qual a meta 17, da Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, estabeleceu “valorizar os(as) profissionais do magistério das redes públicas de educação básica de forma a equiparar seu rendimento médio ao dos(as) demais profissionais com escolaridade equivalente, até o final do sexto ano de vigência deste PNE” (BRASIL, 2014). Além disso, a meta 15 do PNE (2014-2024) dispõe que “todos os professores e as professoras da educação básica possuam formação específica de nível superior, obtida em curso de licenciatura na área de conhecimento em que atuam” (Ibidem).

No tocante a esse contexto, os estudos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) mostram, período após período, que o docente continua desvalorizado, seja por falta de um salário mais digno ou mesmo por falta do uso de parte dos recursos do FUNDEB para melhorias nas instalações das escolas (BRASIL, 2007).

2.1 FORMAÇÃO INICIAL

A formação inicial é uma etapa de preparação para o docente de forma que ele tenha uma preparação mínima para o exercício do magistério. O profissional precisa se formar, em algum curso de licenciatura e, durante a graduação, iniciar o Programa de Residência Pedagógica a partir da segunda metade do seu curso.

Advoga-se por uma concepção de formação docente que se mostre com uma perspectiva integradora que propicie condições para que os licenciandos, futuros professores, se apropriem de conteúdos e experiências relativas aos conhecimentos acadêmicos, didático-pedagógicos, de formação geral e de caráter ético-moral, além daqueles concernentes à prática profissional (GATTI, 2019).

A partir do que a autora coloca, fica evidente a importância da formação inicial, uma vez que ressalta a perspectiva de integração e a experiência para a prática profissional. Isso contrasta com práticas de professores que, apesar de ainda estarem em processo de formação, de nível superior ou que tinham apenas o magistério/segundo grau, já lecionavam em diferentes séries da Educação Básica. Esta prática fragilizava o ensino e trazia prejuízos, em especial, à educação infantil e às séries iniciais do Ensino Fundamental, que são o alicerce da educação. Fez-se necessário, modificar a legislação, trazendo a obrigatoriedade da formação em nível superior para professores de toda Educação Básica, o que promove a qualidade de ensino, como podemos constatar no artigo 62 da LDBEN:

A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura plena, admitida, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nos cinco primeiros anos do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade normal (BRASIL, 1996).

Isso posto, de acordo com a LDBEN e com a meta 15 do PNE (2014 - 2024), entende-se que a formação e o trabalho docente precisam se adequar às novas exigências e práticas formadoras. Consoante, Síveres discorre que:

O processo formativo pautado na formação humana, na capacitação profissional e na missão pedagógica poderia constituir-se um percurso de valorização e promoção humana, de criação e significação de saberes e de construção e proposição de um projeto de formação de professores (SÍVERES, 2015, p. 15).

Nessa perspectiva, a formação docente é a base para as práticas pedagógicas que promovem a valorização do ser, do saber e do agir, que contribuem para atenuar um dos maiores desafios na preparação dos futuros professores: o de habilitar profissionais capazes de atender uma multiplicidade de demandas emergentes. Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais de formação de professores reorganizam os currículos dos cursos de licenciatura em busca de se adequar às novas exigências do contexto atual.

Nesse seguimento, cabe salientar que o Programa de Residência Pedagógica (PRP), instruído pela Portaria Capes nº 38 de 28 de fevereiro de 2018, é uma etapa importante da formação inicial de professores que busca mecanismos para intervir no processo de desenvolvimento dos docentes, integrando o conhecimento teórico da universidade à prática escolar.

O governo lançou o PRP em consonância com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), e o edital da CAPES de 2018 enfatizou que:

O Programa de Residência Pedagógica é uma das ações que integram a Política Nacional de Formação de Professores e tem por objetivo induzir o aperfeiçoamento da formação prática nos cursos de licenciatura, promovendo a imersão do licenciando na escola de educação básica, a partir da segunda metade de seu curso. Essa imersão deve contemplar, entre outras atividades, regência de sala de aula e intervenção pedagógica, acompanhadas por um professor da escola com experiência na área de ensino do licenciando e orientada por um docente da sua Instituição Formadora. A Residência Pedagógica, articulada aos demais programas da Capes compõem a Política Nacional, tem como premissas básicas o entendimento de que a formação de professores nos cursos de licenciatura deve assegurar aos seus egressos, habilidades e competências que lhes permitam realizar um ensino de qualidade nas escolas de educação básica (BRASIL, 2018b).

Através do PRP, o estágio passa a ser realizado de forma prática, inserindo a escola à universidade e promovendo parcerias entre ambas, o que contribui para diferentes experiências profissionais e dá maior segurança aos professores em processo de formação a partir das vivências e reflexões significativas sobre a sua prática. Segundo Gatti (2019), há uma preocupação em promover a aproximação entre o estagiário e o professor da escola e favorecer o acolhimento do formando; ou seja, a chegada do licenciando no espaço escolar é planejada e cuidada. Dessa forma, o PRP torna viável a materialização da percepção da prática pedagógica e as reflexões sobre ela, dando significado pedagógico a todas as experiências no decorrer do estágio.

Guedes (2019) faz uma crítica ao PRP, afirmando que o programa foi imposto e não discutido, e que os papéis assumidos pelo MEC, CNE e CAPES se contrapõem à política de formação de professores, pois afrontam a autonomia universitária e reforçam o controle social sobre a educação pública no país.

Destaca-se que em meio a um cenário de críticas e até manifestos, o Programa de Residência Pedagógica vem se desencadeando como uma proposta inovadora no sistema educacional, integrando teoria e prática e se destacando em alguns locais do Brasil com grandes resultados, modificando as práticas educativas e trazendo novas expectativas à formação de professores.

2.2 A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES

A formação de professores não se limita a uma instituição, contexto ou período temporal, em razão de ocorrer ao longo de toda a vida e compreender quatro períodos: a experiência discente enquanto alunos, a formação inicial se preparando para o magistério, a iniciação à profissão e a formação continuada permanente (IMBERNÓN, 2011). Assim, falar em formação docente não significa pensar apenas na fase inicial, há que se pensar também na continuidade desta formação ao longo do exercício da profissão.

Ressalta-se que a literatura científica direciona o olhar para a formação contínua de professores por intermédio de diversos autores. Libâneo (2004) defende que a formação de professores é um processo pedagógico contínuo, intencional e organizado, de preparação teórico-científica e técnica para dirigir de forma competente o processo de ensino. Dessa forma, pode-se inferir a

importância da formação do professor em meio à sua prática pedagógica, tendo o docente, através das suas experiências e formação, domínio e propriedade para realizar o seu trabalho na docência.

Garcia (1999) defende que a formação continuada docente é um permanente processo em construção, que busca o aprimoramento do ensino-aprendizado e a reflexão entre teoria e prática. Esse pensar nos remete a real necessidade de o professor buscar sempre se atualizar e refletir criticamente sobre suas práticas pedagógicas.

Paulo Freire argumenta que “ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma como educador permanentemente, na prática e na reflexão da prática” (FREIRE, 1991, p. 58). Essa citação evidencia que a continuidade da formação nos permite preencher lacunas em nossas próprias práticas profissionais e se aproximar dos alunos.

Hargreaves (2004) afirma que:

Ensinar [...] envolve a busca de aprendizagem profissional contínua de professores e a promoção da solução de problemas, da disposição de correr riscos, da confiança nos processos cooperativos, da capacidade de lidar com a mudança e do compromisso com a melhoria contínua das organizações (HARGREAVES, 2004, p. 19-20).

A afirmação do referido autor vai ao encontro dos aspectos abordados ao longo deste trabalho quanto às demandas e desafios dos profissionais da educação. O professor consciente da necessidade de aprimoramento de suas práticas pedagógicas assume o compromisso consigo mesmo e com os discentes e instituições de ensino no sentido da continuidade da sua formação e de reflexões críticas acerca dela.

A legislação brasileira também se manifesta quanto à formação continuada de profissionais do magistério, evidenciando sobre a responsabilidade do governo em disponibilizar cursos de aperfeiçoamento. A LDBEN no Art. 62, em seu § 1º, assegura que “a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios, em regime de colaboração, deverão promover a formação inicial, a continuada e a capacitação dos profissionais de magistério” (BRASIL, 1996).

Nas DCN, o Art. 17 ratifica que a continuidade da formação deve agregar “[...] novos saberes e práticas, articulados às políticas e gestão da educação, à área de atuação do profissional e às instituições de educação básica, em suas diferentes etapas e modalidades de educação” (BRASIL, 2015). Evidencia-se, de acordo com as considerações do artigo supracitado, que cabe às instituições de ensino prover cursos de capacitação, incentivando, assim, o compromisso com a melhoria contínua de saberes e práticas para uma reconfiguração docente. Ademais, as DCN preveem a formação continuada e sua atualização quanto aos recursos tecnológicos. O Art. 16, desta mesma normativa, fala da “necessidade de acompanhar a inovação e o desenvolvimento associados ao conhecimento, à ciência e à tecnologia” (Ibidem).

A formação no magistério, seja inicial ou continuada, é estimuladora de novas aprendizagens e desenvolvimento pessoal e profissional. Todavia, as dificuldades enfrentadas há longa data pelos educadores na carreira docente são fatores que refletem efeitos colaterais na comunidade acadêmica. Em

função do baixo *status* e do baixo salário, a quantidade de jovens brasileiros interessados na carreira docente vem diminuindo significativamente. Nakabashi (2019) afirma que, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), apenas 2,4% da população optou pelo magistério em 2015.

3 A VALORIZAÇÃO DO PROFESSOR

A formação inicial e continuada é de importância e direciona para a valorização do professor, uma vez que este processo contínuo de saberes prepara e impulsiona o docente a melhores práticas pedagógicas ao longo de toda a sua trajetória profissional.

Consoante, o Art. 18, parágrafo 3º da DCN ratifica esse vínculo ao afirmar que:

A valorização do magistério e dos demais profissionais da educação deve ser entendida como uma dimensão constitutiva e constituinte de sua formação inicial e continuada, incluindo, entre outros, a garantia de construção, definição coletiva e aprovação de planos de carreira e salário (BRASIL, 2015).

Entretanto, quando se aborda a temática de valorização docente, depara-se com muitos desafios. Gatti (2019) relata que, no Brasil, o sentimento de insatisfação dos professores é crescente e tem se agravado com a falta de políticas que promovam a articulação entre a formação, a valorização e o desenvolvimento profissional.

Muitos professores se formam, mas não se sentem aptos ao trabalho por não terem experiência ou se sentem inseguros mediante o próprio processo de formação, além de se constatar que outros ocupam áreas diferentes da sua formação inicial. Outro fator desmotivador é a carga horária de trabalho, que pode englobar de dois ou três turnos, além de também levar à exaustão, impossibilitando seu aperfeiçoamento profissional. Em alguns Estados há baixos salários e condições precárias de trabalho, o que pode corroborar para o sentimento de desvalorização e insatisfação do professor.

A legislação propõe novas perspectivas que visam incentivar o interesse para a formação de novos profissionais na área de educação, considerando que muitos jovens estão procurando por outras formações e até mesmo os professores vêm buscando outros trabalhos, comprometendo as expectativas de desenvolvimento e crescimento dos sistemas de ensino brasileiro. Dessa forma, a legislação proporciona meios para valorizar os professores e tornar a educação mais atrativa. O artigo 67 da LDBEN assegura que:

Os sistemas de ensino promoverão a valorização dos profissionais da educação, assegurando-lhes, inclusive nos termos dos estatutos e dos planos de carreira do magistério público: I. Ingresso exclusivamente por concurso público de provas e títulos; II. Aperfeiçoamento profissional continuado, inclusive com licenciamento periódico remunerado para esse fim; III. Piso salarial profissional; IV. Progressão funcional baseada na titulação ou habilitação, e na avaliação do desempenho; V. Período reservado a estudos, planejamento e avaliação, incluído na carga de trabalho; VI. Condições adequadas de trabalho. A experiência docente é pré-requisito para o exercício profissional de quaisquer outras funções de magistério, nos termos das normas de cada sistema de ensino (BRASIL, 1996).

Mesmo com os avanços da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, há Estados e Municípios que ainda estão em processo de adequação ao que é proposto por esta legislação. Dessa forma, nem todos os incisos do artigo acima são realizados na íntegra, uma vez que ainda há em alguns Estados, professores formados em uma disciplina dando aula de outra, professores temporários em vagas definitivas aguardando por concurso público e docentes que não têm habilitação para atuar em séries/turmas específicas, o que compromete a qualidade do ensino e desmotiva os professores.

Apesar da legislação vigente, existe uma lacuna que separa o reconhecimento do professor e sua valorização. Em uma pesquisa feita pela Fundação Varkey (2018), por meio do *Global Teacher Status Index* (Índice Global de *Status* dos Professores), que avaliou 35 países no ano 2018, o Brasil aparece na última posição em relação ao prestígio dos professores. Fatores como a remuneração docente e a quantidade de horas trabalhadas são avaliados nessa pesquisa. Faz-se necessário, diante desse cenário, promover ações nas políticas públicas de educação para valorizar a carreira docente e tentar, ao menos, minimizar as fragilidades. Dessa forma, o MEC divulga o novo reajuste do piso salarial dos profissionais da rede pública da educação básica em início de carreira. O ajuste adequado do salário seria o “pontapé inicial” para a tentativa de reversão desse quadro.

Há, também, desrespeito aos professores no Brasil, pois alguns sofrem ameaças e violência. Nakabashi (2019) afirma que “91% das pessoas acham que o professor não é respeitado em sala de aula” e conclui dizendo que “a valorização do professor está relacionada ao valor dado à educação, que nunca foi prioridade no País”.

É relevante ressaltar que não se deve generalizar a questão do reconhecimento do professor sem considerar as variáveis em que se encontram como, por exemplo, equiparar um docente num município do estado de Amazonas com o docente que leciona na capital do Rio Grande do Sul. A realidade na diferença de remuneração é grande. Abaixo, seguem apontamentos, de acordo com dados pesquisados pelo Inep de 2017:

Para chegar à remuneração média a jornada de trabalho foi padronizada. Dessa forma, o levantamento, referente a 2014, revela que a maior remuneração é dos professores da rede federal de ensino, que atuam, prioritariamente, no Ensino Médio. A rede municipal, 45 vezes maior que a federal, paga menos da metade. E a rede privada tem os salários mais baixos. Os dados revelam, ainda, disparidades regionais e inter-regionais na remuneração de professores. Apesar das redes de ensino serem distintas, há casos de estados em que os professores fazem 20 horas semanais e, mesmo assim, têm remuneração maior que professores com carga de 40 horas semanais, apesar de o MEC determinar um piso nacional. (BRASIL/INEP, 2017).

A desvalorização, sobretudo dos professores da rede pública, pode ser embasada em aspectos como a ausência de plano de carreira e salários inferiores, quando comparados ao de professores de níveis distintos. Para que o docente seja, de fato, valorizado o reconhecimento à carreira do professor poderá se concretizar quando houver, dentre outros, “uma jornada de trabalho adequada às atividades exercidas pela profissão, tempo para planejamento

individual e coletivo, tempo para estudos, estrutura de trabalho e salário condizente com sua formação”, afirmam Santos e Silva (2016, p. 72).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vê-se hoje avanços na legislação, nas políticas públicas que possibilitam investir mais no professor. Entretanto, debates e críticas emergem no meio acadêmico, com questionamentos sobre o que impede que a formação e a valorização do docente aconteçam. Sabe-se que a Constituição Federal de 1988 instituiu a educação como um direito de todos, garantindo o padrão de qualidade, assim como assegurou a formação docente e a valorização profissional, estabelecendo um piso salarial para todo o país.

Porquanto, a sociedade e os órgãos competentes devem acompanhar e cobrar de perto que a LDBEN seja cumprida, que as metas do PNE (2014-2024) tenham condições de serem atingidas, que os recursos disponíveis por meio do FUNDEB sejam, de fato, utilizados para remunerar e valorizar o docente, de modo a possibilitar um ensino de qualidade para os alunos da educação básica.

Outrossim, ratifica-se a importância de incentivar e acompanhar a realização do PRP e dos programas de formação continuada para professores como parte do processo de valorização docente.

REFERÊNCIAS

BALZAN, Newton César; PAOLI, Niuvenius J. Licenciaturas: o discurso e a realidade. **Ciência e Cultura**, v. 40, n. 2, p. 147-151, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDBEN). **Diário Oficial da União**, v. 134, n. 248, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Manual de orientação do Fundef**. 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/manual.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). **Metodologia inédita do Inep abre debate sobre remuneração média de professor da educação básica**. 2007. Brasília, DF. Disponível em: http://www.inep.gov.br/download/superior/censo/2007/Resumo_tecnico_2007.pdf. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação-PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 26, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CP nº 2 de 1º de julho de 2015. Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior (cursos de licenciatura, Programas e cursos de formação pedagógica para graduandos) e cursos de segunda licenciatura e formação continuada. **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Educação é a Base. Brasília, MEC/CONSED/UNDIME, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria GAB Nº 38, de 28 de fevereiro de 2018**. Institui o Programa de Residência Pedagógica. 2018a. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/28022018-portaria-n-38-institui-rp-pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. CAPES. **Edital nº 06, 03 de março de 2018**. Chamada Pública para apresentação de propostas no âmbito do Programa de Residência Pedagógica. 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/educacao-basica/programa-residencia-pedagogica>. Acesso em: 18 set. 2020.

DINIZ-PEREIRA, Júlio Emílio. Formação de professores da Educação Básica no Brasil no limiar dos 20 anos da LDBEN. **Notandum**, v. 42, p. 139-160, 2016.

ELER, Guilherme. **Brasil cai para lanterna em ranking de “Valorização do Professor”**. Disponível em: <https://super.abril.com.br/sociedade/brasil-cai-para-lanterna-em-ranking-de-valorizacao-do-professor/>. Acesso em: 22 set. 2020.

FREIRE, M. A Formação permanente. In: FREIRE, P. **Trabalho, comentário, reflexão**. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FUNDAÇÃO VARKEY. **Global Teacher Status Index**. Disponível em: <https://www.varkeyfoundation.org/pt/o-que-n%C3%B3s-bfazemos/pesquisa/%C3%ADndice-global-de-status-do-professor>. Acesso em: 22 set. 2020.

GARCIA, C. M. **Formação de professores**: para uma mudança educativa. Porto: Porto Editores, 1999.

GATTI, Bernardete Angelina *et al.* **Professores do Brasil**: novos cenários de formação. Edições Unesco, UNESCO, Brasília, 2019.

GUEDES, Marilde Queiroz. A nova política de formação de professores no Brasil: enquadramentos da base nacional comum curricular e do programa de residência pedagógica. **Da Investigação às Práticas**, v. 9, n. 1, p. 90-99, 2019.

HARGREAVES, A. **O ensino na sociedade do conhecimento**: educação na era da insegurança. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HIPOLITO, J. A relação de poder na relação pedagógica e as suas implicações éticas. In: **Comunicação no Congresso Internacional do Instituto Piaget: Evolução das Ciências, Ética e Educação**. Lisboa. 1991.

IMBERNÓN, F. **Formação Docente e Profissional**: formar-se para a mudança e a incerteza. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LEITE, E. A. P. **Formação inicial e base de conhecimento para o ensino de matemática na perspectiva de professores iniciantes da educação básica**. Orientadora: Dra. Cármen Lúcia Brancaglioni Passos. 2016. 269f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

LIBÂNIO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

NAKABASHI, Luciano. **Brasil está em último lugar na valorização dos professores**. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/brasil-esta-em-ultimo-lugar-na-valorizacao-dos-professores/>. Acesso em: 22 set. 2020.

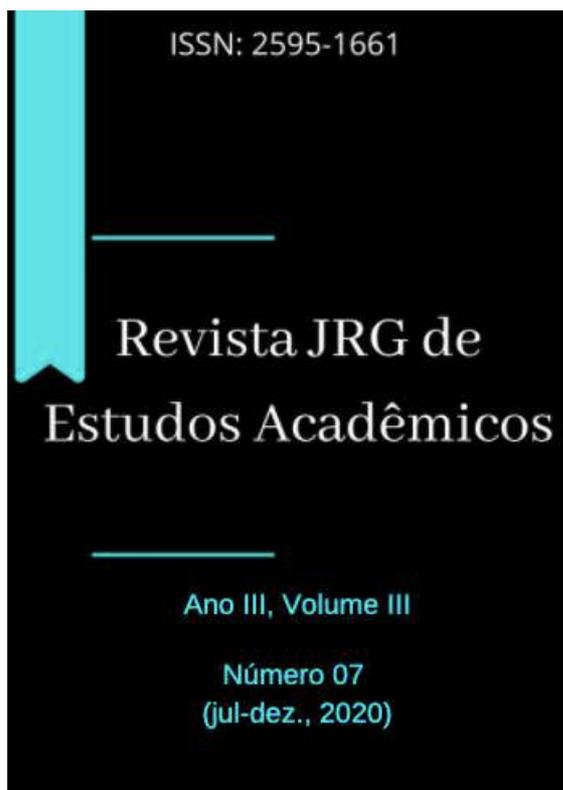
PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência do Ensino Superior**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Coleção Docência em Formação).

RIZO, Welington Fraga. **Valorização do Professor e Modernização do Ensino Público**. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/valorizacao-do-professor>. Acesso em: 22 set. 2020.

SANTOS, Fernando H. SILVA, Fernanda A. O. Valorização docente: Histórico legal e desafios vindouros. **Revista Brasileira de Educação Básica**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 70- 74, out./dez. 2016. Disponível em: <http://pensaraeducacao.com.br/rbeducacaobasica/wp-content/uploads/sites/5/2019/02/10-Valoriza%C3%A7%C3%A3o-docente.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

SAVIANI, Demerval. História da formação docente no Brasil: três momentos decisivos. **Educação**, Brasília, v. 30, n. 2, 2005.

SÍVERES, Luiz. **Encontros e diálogos**: pedagogia da presença, proximidade e partida. Brasília: Liber Livro, 2015.



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/07/2020.

Data de reformulação: 08/07/2020

Data de aceitação (expedição de carta de
aceite): 13/07/2020

Data de disponibilização no site
(publicação): 13/07/2020

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12649802>

Publicado: 2020-07-13

SISTEMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CRÍTICAS: DIVERSOS OLHARES 80 ANOS APÓS O MANIFESTO

NATIONAL CRITICAL EDUCATION SYSTEM: SEVERAL LOOKS 80 YEARS AFTER THE MANIFEST

RESENHA

CUNHA, Célio da; GADOTTI, Moacir; BORDIGNON, Genuíno; NOGUEIRA, Flávia Maria de Barros (**Orgs.**). **Sistema Nacional de Educação: diversos olhares 80 anos após o manifesto. Brasília: MEC/Sase, 2014. p.220.**

*Marli Alves Flores Melo¹
Marly Abrão Araujo²*

¹ Marli Alves Flores Melo, estágio pós-doutoral nos programas de pós-graduação da UCB. Doutora e Mestre em Educação na linha de concentração Política Gestão e Avaliação da Educação pela Universidade Católica de Brasília. Pós-graduação matemática superior e metodologia da matemática e Licenciatura Plena em Ciências – Matemática. Atuou como docente na Secretaria de Estado da Educação do Distrito Federal e na Educação Superior em universidades e faculdades privadas do DF, no Núcleo de educação a distância (NEAD) - Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), ex-consultora Unesco e chefe de divisão no Ministério da Educação; Ex-bolsista do Programa de Cooperação Internacional MASHAV /Israel. Vice-presidente da associação dos ex-bolsistas do Brasil em Israel. ID Lattes: 3171875327686453. <http://lattes.cnpq.br/3171875327686453>; Orcid: 0000-0002-9919-230X. E-mail: floresmelo@gmail.com.

² Marly Abrão Araujo, formação em Letras e Pedagogia, Especialista em Gestão Pública, mestranda pela Universidade Católica de Brasília, atua como coordenadora do Polo de Educação Superior da UAB-desde de 2015, no município de Santo Antônio do Descoberto-GO. Orcid: Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4670550549857159>. E-mail: marly1gf@yahoo.com.br.

O livro “Sistema Nacional de Educação: Diversos Olhares 80º Anos Após o Manifesto” produzido no âmbito das comemorações dos 80 anos de publicação do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, realizam um debate à luz do papel e das ações articuladas nas conferências sobre o Plano Nacional de Educação – PNE (BRASIL, Lei nº 13.005/2014) e Sistema Nacional de Educação (SNE).

A obra publicada pelo Ministério da Educação, em 2014, com 220 páginas está dividida em duas partes e composta em dez capítulos, sendo que a primeira parte é constituída de nove capítulos e a segunda parte com o décimo e último capítulo que faz uma sistematização do SNE. O livro foi apresentado em comemoração ao 80º aniversário do Manifesto da Educação Nova com o aprofundamento de temas sobre o Sistema Nacional de Educação- SNE correlacionados em capítulos que buscam articulações do SNE em prol da qualidade da educação no País.

A obra apresenta as contribuições de vários autores de renome na produção acadêmica, no campo de políticas educacionais e conseqüentemente na luta de tantas décadas pela educação pública, que apontam para a importância de um Sistema Nacional de Educação (SNE) resgatando os caminhos trilhados em 1932, com o Manifesto da Educação Nova até o atual contexto com articulação do Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024), os assuntos são articulados numa visão crítica e prospectiva referente à função de organização do Sistema Nacional de Educação que destaca a importância da criação de um sistema que possa contribuir para o desenvolvimento de uma escola nova acessível e cooperativa garantindo o direito à educação e minimizando as desigualdades presentes no contexto da educação do país.

Os autores procuram concentrar os capítulos em torno de políticas educacionais implementadas no Brasil que deram sustentação às reformas da educação no País. A obra faz uma compilação apresentando uma trajetória desde o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova passando pelas reformulações em emendas constitucionais CF/88, (BRASIL, 1988), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (BRASIL, Leis nº4.024/1961 e LDB 9.394/1996), nas Legislações sobre Políticas Educacionais, as Conferências Nacionais de Educação (CONAE), Plano Nacional de Educação (PNE) e a instituição do Sistema Nacional de Educação (SNE) mais adequado as necessidades em tela.

Nesse sentido, os autores buscam discutir nos capítulos essa construção histórica do SNE a partir das idéias propostas pelo manifesto de 32, destacando o quanto as políticas educacionais têm sido influenciadas por esses momentos históricos, para o qual se construía um novo modelo de educação acessível para todos, aproximando-se de uma realidade socioeconômica fragilizada principalmente nas desigualdades de acesso e de qualidade entre estados e municípios brasileiros.

Entretanto, os autores colocam em destaque as principais contribuições do Manifesto que veio afirmar a necessidade da criação de um Sistema Nacional de Educação que pudesse ir além dos direitos humanos ressaltando a importância da participação do regime de colaboração entre os entes federativos e a descentralização na execução das políticas públicas, recursos e a organização de um sistema coordenado pelas três instâncias União, Estados, Municípios e Distrito Federal. A Conferência Nacional de Educação (CONAE) é abordada por Abicalil como um dos pontos importantes para que os espaços democráticos possam

constituir como uma nova oportunidade de avaliação e de formulação das políticas públicas de educação básica e superior nas suas modalidades, com a diversidade e a complexidade histórica e cultural dos itinerários percorridos até sua conformação atual (p.59).

No entanto, as conferências de educação são apresentadas e debatidas em outros capítulos por: Dermeval Saviani, Carlos Roberto Jamil Cury, Fernando Luiz Abrucio, Catarina Ianni Segatto, Carlos Augusto Abicalil, Arnóbio Marques de Almeida Júnior, Flavia Nogueira, Antônio Roberto Lambertucci, Geraldo Grossi Junior, Cristovam Buarque, Paulo Sena, José Marcelino de Rezende Pinto, Jorge Abrahão de Castro e Bernadete Gatti.

Os autores abordam no decorrer dos capítulos os aspectos e as dificuldades para a implantação de um sistema que pudesse contribuir para a unificação de um regime federativo, que fosse articulado em todos os níveis e modalidades de educação em prol de um processo unificado para todo o país.

É importante destacar a preocupação dos autores em todos os capítulos, para que as ações sejam realmente acessíveis em busca da concretização de um sistema de educação unificado em todo o país. Como é salientado por Saviani (2014) as perspectivas não serão nada animadoras, pois um país que não cuida seriamente da educação de suas crianças e jovens, propiciando às novas gerações uma formação adequada, está cassando o próprio futuro.

Nessa perspectiva e com um novo olhar sobre o desenvolvimento da educação no país, a obra resenhada apresenta uma abordagem histórica que contribui para compreender a necessidade na organização do Sistema Nacional de Ensino articulado com o Plano Nacional de Educação, com a definição de diretrizes, metas, ações e objetivos alinhados a um parâmetro nacional que apresente ações em prol da qualidade do ensino para todos.

Alinhados a esse objetivo Abrucio e Segatto (p.54), no capítulo três, apresenta a importância de toda a trajetória da evolução histórica da Federação em busca do fortalecimento de ações a partir do instrumento de redistribuição de recursos, diretrizes e regulamentação nacional destacando a importância de um pacto de cooperação entre a Federação e as políticas de educação em uma perspectiva que possa sinalizar como objetivo as relações intergovernamentais envolvendo Governo Federal, estados e municípios articulando autonomia e interdependência entre os entes estabelecendo uma relação com os contextos econômicos e sociais.

Outros pontos importantes a serem destacados estão expressos no capítulo seis, em que Buarque e Cury enfatizam a importância de conciliar um Plano Nacional de Educação com o princípio federativo numa exigência decorrente, da autonomia dos sistemas estaduais de educação. Nesse sentido são definidas as finalidades, diretrizes curriculares e atribuições específicas aos entes federados com perspectivas que tem por objetivo a garantia da construção de diretrizes e estratégias educacionais comuns, sem prejuízo das especificidades de cada sistema de ensino.

Assim, o Plano Nacional de Educação contribuiu para alinhar um novo modelo de políticas públicas, os capítulos vão articulando algumas ideias que apontaram para a definição de estratégias de ação e programas que visavam o cumprimento das diretrizes e metas do PNE. Nesse viés, observar-se um novo compromisso com a educação estabelecendo uma relação social entre Estados, Municípios e Distrito Federal.

Segundo os autores, as políticas educacionais têm enfrentado o desafio para estimular o regime de cooperação entre os entes federativos diante da criação do SNE para construir a viabilidade e a garantia na qualidade educacional.

A criação do Sistema Nacional de Educação no Brasil tem sido justificada por diversos olhares, principalmente no que tange ao desenvolvimento de políticas educacionais que por vez se fragmentam em múltiplas ações entre União, Estados e Municípios. O Sistema Nacional de Educação além de defender a escola única, pública, laica, obrigatória e gratuita, apresenta diretrizes para uma política de Educação nacional descentralizada e norteada pelo Plano Nacional de Educação(PNE).

Na segunda parte, no capítulo décimo são apresentadas as conclusões a respeito dos principais posicionamentos e ideias debatidos na conferência por Genuíno Bordignon, Moacir Gadotti, Célio da Cunha e Arnóbio Marques de Almeida Júnior esses autores apontam alguns caminhos possíveis a seguir em prol de uma educação de qualidade, laica, pública e gratuita salientam a importância de um SNE unificado que articule todos os aspectos da educação no país inteiro, com normas comuns válidas para todos destacando principalmente o padrão de qualidade que torne a educação pública acessível a toda a população, no sentido de estabelecer vínculos com as metas do Plano Nacional de Educação associando ao dever do Estado os padrões mínimos de qualidade. Além desses aspectos, os capítulos também apresentam as contribuições das Conferências Nacionais de Educação (CONAE) como espaços de deliberação, mobilizador e democrático de diálogo e decisão na formulação das políticas públicas de educação básica e superior. Assim, os mecanismos serão desenvolvidos de modo a construir um conjunto mais orgânico de ações integradas considerando as competências específicas de cada estado.

Todos os capítulos são articulados na proposta de apresentar uma reflexão provocativa ao debate sobre os avanços e rumos da educação no país por meio da organização de um Sistema Nacional de Educação, destacando a descentralização dos recursos, propostas e articulados de forma colaborativa entre União, Estados e Municípios, na organização para atender as diretrizes da educação e na distribuição das funções voltadas ao atendimento educacional entre os Municípios, Estados e a União compreendendo a importância das ações e articulações entre o SNE e PNE formalizando mecanismos que possam constituir um regime de colaboração entre os entes, visando atender com equilíbrio as responsabilidades e repartição dos recursos em efetivo cumprimento das funções redistributiva e supletiva da União ao combate às desigualdades educacionais regionais com vista a assegurar direitos de igualdade e acesso a uma educação de qualidade a população.

Os autores Bordignon, Gadotti, Cunha e Júnior destacam os desafios e lacunas registradas desde o Manifesto dos Pioneiros de 32, sistematizando o conceito e a compreensão do que seja realmente a função do Sistema Nacional de Educação, ressaltando os problemas e impasses que retardam há décadas a sua instituição (p.203). Dessa forma, os autores destacam a necessidade de se construir uma proposta de educação sólida baseada no princípio de qualidade, espaços democráticos, de autonomia e da multiplicidade regional.

Em síntese, o livro apresenta a definição de um modelo de Sistema Nacional de Educação que atende as necessidades básicas em torno dos princípios constitucionais e que unem interesses complexos com a realidade local vinculada ao processo de liberdade de aprender em igualdade de condições e com garantia de padrão de qualidade na regulamentação e cooperação entre os entes federados, numa perspectiva de garantia aos direitos sociais constitucionalmente previstos.

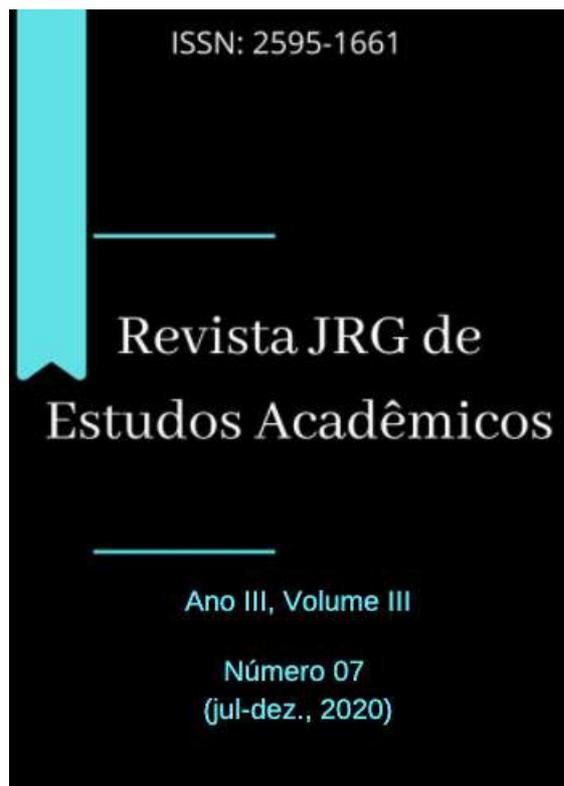
Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 13.005, de 25 de junho de 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 26 jun. 2014 – Edição extra. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 20 jun. 2020

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, Diário Oficial da União, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, Diário Oficial da União, 27 dez. 1961 e retificado em 28 dez. 1961. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **05/11/2020**

Data de reformulação: **15/11/2020**

Data de aceitação: **15/11/2020**

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4275889>

Publicado: **2020-11-16**

EDUCAÇÃO E SOCIEDADE EM ÉMILE DURKHEIM

EDUCATION AND SOCIETY IN EMILE DURKHEIM

*Nelson Adriano Ferreira de Vasconcelos¹
Rosylane Doris de Vasconcelos²*

DURKHEIM, Émile. **Educação e Sociologia**. Tradução: Stephania Matousek. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 120 p.

Considerado “o pai da Sociologia”, o francês David Émile Durkheim (1858-1917) buscou legitimizar esta área do conhecimento como Ciência, a partir da releitura de seus grandes influenciadores, dentre os quais, destacam-se Auguste Comte, Saint Simon e Condorcet, assim como os ideais liberais da *Université* de Paris.

A obra *Educação e Sociologia*, após a morte do seu autor, sobreviveu a críticas por mais de um século por tratar de conceitos sobre fato social, consciência social,

¹ Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Católica de Brasília (UCB-DF). Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília (UnB-DF). Especialista em Docência da Educação Superior pelo Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB-DF). Pós-graduando em Xadrez Pedagógico e Técnico pela Universidade Cândido Mendes (UCAM-RJ). Licenciado em História pelo Centro Universitário Claretiano (CEUCLAR-SP). Tecnólogo em Gastronomia pelo Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB-DF). Licenciando em Matemática pelo Centro Universitário Claretiano (CEUCLAR-SP). Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3925-7279>. E-mail: drnbsb@gmail.com.

² Doutora em Educação (UnB), Mestre em Educação (UFPR), Pedagoga (UFPR), Professora Adjunta IV da Universidade de Brasília (Faculdade UnB Planaltina). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil" (HistedBr-DF). Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2723-3344>. E-mail: rosyunb@gmail.com

anomia, solidariedade mecânica e orgânica, entre outros, que revolucionaram os estudos sociais. A referida obra foi elevada à categoria de clássico juntamente com as produções de Max Weber e Karl Marx por sua capacidade de interpretar o seu tempo, nortear aplicação de um método sociológico aos processos educacionais, que na atualidade, continua a influenciar os percursos formativos de várias gerações de educadores mundiais.

Em partes, inicialmente, Durkheim conceituou a educação, sua natureza, a função e a influência que os adultos exercem sobre as crianças e adolescentes. Nessa ótica, estratificou como naturais as diferentes classes sociais e as funções que os homens devem desempenhar na sociedade:

Não podemos nem devemos todos nos dedicar ao mesmo gênero de vida; dependendo das nossas aptidões, temos funções diferentes a desempenhar, e é preciso estar em harmonia com aquela que nos incumbe. Nem todos nós fomos feitos para refletir; são precisos homens de sensação e ação. Ao contrário, são precisos outros cujo trabalho seja pensar (p. 44).

Nesse sentido, afirmou ser papel da escola adequar os indivíduos a seus destinos sociais, contra os quais, nada se pode fazer. Desse modo, enfatizou ser um erro acreditar que os pais podem educar os seus filhos como quiserem, visto que em cada momento da vida existe um tipo regulador de educação a que todos são obrigados a se conformar aos costumes vigentes da época. Sob este prisma, esclarece que em caso de transgressão e desrespeito constante desses costumes, corre-se um sério risco deles acabarem se vingando nos filhos, pois uma vez adultos não estarão aptos para viver em harmonia no meio de seus contemporâneos (p. 48).

Outra questão abordada trata-se da defesa da ideia de que há homens para pensar e homens para fazer, o que o levou a fomentar o ensino de níveis diferenciados para diferentes tipos de homens. Sinalizou ainda que a educação varia de acordo com a classe social e a região, sendo diferente, entre os burgueses e operários na cidade e no campo.

Ao propor a especialização e a formação unilateral da criança, conforme sua visão da divisão do trabalho social, ressaltou:

[..] cada profissão constitui um meio *sui generis* que demanda aptidões e conhecimentos específicos, um meio no qual predominam certas ideias, usos e maneiras de ver as coisas; e, já que a criança deve estar preparada com vistas à função que será levada a cumprir, a educação a partir de determinada idade, não pode mais continuar a mesma para todos os sujeitos aos quais ela se aplicar (p. 51).

Reiterou que o papel da criança no processo educativo é de passividade diante da autoridade do professor, afirmando:

[..] a cada nova geração, a sociedade se encontra em presença de uma tábua quase rasa sobre a qual ela deve construir novamente. É preciso que, pelos meios mais rápidos, ela substitua o ser egoísta e associal que acaba de nascer por um outro capaz de levar uma vida moral e social. Esta é a obra da educação, cuja grandeza podemos reconhecer (p. 55).

Destaque-se que Durkheim ao defender o equilíbrio da divisão do trabalho social, afirma que o principal efeito da divisão do trabalho, um fato social moral, não é aumentar o rendimento das funções divididas, mas produzir solidariedade. Se isso não acontece, é sinal que os órgãos que compõem a sociedade dividida em funções não realizam suficientes intercâmbios e não se auto-regulam, não podendo, assim, garantir equilíbrio e coesão social (ordem natural/ normal). Dessa forma, lamentou que as aptidões supostas pela vida social não pudessem ser transmitidas hereditariamente, dada sua complexidade. Ratificou somente que a educação seria capaz dessa transmissão ao edificar nas pessoas o que há de melhor no homem, qual seja a submissão dos indivíduos às necessidades sociais.

Nesse contexto, ressaltou ser função e dever do Estado a direção do ato educativo quando submetido à sua fiscalização. No entanto, pontua que sem descuidar de sua direção, o Estado não deveria monopolizar o ensino. Destarte, situa possibilidades em pensar em processos mais eficientes se levados a cabo pela iniciativa privada. Contudo, chama a atenção de que “o fato de o Estado agir em prol do interesse público, autoriza o funcionamento de outras escolas, além daquelas sob sua responsabilidade direta e que não implicam permanecer indiferente ao que acontece dentro destas instituições” (p. 63).

Para Durkheim a neutralidade política e científica, frequentemente deve estar presente também na escola, e “não deve ser a coisa de um partido, pois o professor faltará ao seu dever se usar a autoridade da qual dispõe para embarcar os seus alunos a bordo de suas parciais visões pessoais, por mais bem fundadas que elas lhe possam parecer” (p. 64).

No que tange a influência política exercida pelo Estado em seu papel fiscalizador, argumentou ser fundamental garantir conteúdos, assim sendo: “respeito da razão, da ciência e das ideias e sentimentos que sustentam a moral democrática. O papel do Estado consiste em identificar estes princípios essenciais, fazer com que eles sejam ensinados nas escolas, garantir que de modo algum os adultos deixem as crianças ignorá-los e certificar-se de que por toda parte se fale deles com o respeito que lhes é devido” (p. 64).

Sobre a forma em que deveriam ser transmitidos os conhecimentos necessários, o autor comparou o ato educativo à sugestão hipnótica na qual “o estado em que se encontra o sujeito hipnotizado se caracteriza por sua excepcional passividade. Argumentou que o intelecto fica quase reduzido ao estado de *tábula rasa* como uma espécie de vazio criado na consciência e na vontade se encontra paralisada” (p. 68). As ideias poderiam instalar-se sem resistência desde que o hipnotizador falasse com autoridade. Nessa lógica ratificou que o educador deve agir e observar duas condições, são elas: “(i) a criança se encontra naturalmente em um estado de passividade [...] é por isso que ela é tão facilmente sugestionável. [...]; (ii) a primazia que o professor tem naturalmente sobre o aluno [...] abastece naturalmente a sua ação com a eficácia que lhe é necessária” (p. 69).

Em conformidade com o autor “a comparação da educação com a sugestão hipnótica, cujo poder é notório, mostra o quão potentes são as armas do educador. Desta feita, se a ação educativa é apresentada em menor grau, uma eficácia análoga pode ser alcançada com grandes resultados contanto que saiba utilizá-la corretamente” (p. 69).

Salientou que a autoridade como qualidade essencial do educador e crítica a ludicidade na escola, a saber:

Nada é tão errado e enganador quanto a concepção [...] segundo a qual o homem pode se formar utilizando como único estímulo a atração do prazer. Embora a vida não seja sombria [...], ela não deixa de ser séria e grave, e a educação que prepara para a vida, deve participar desta gravidade. Para aprender a domar o seu egoísmo natural, subordinar-se a fins mais elevados, [...] é preciso que a criança exerça uma forte repressão sobre si mesma (p. 70-71).

Assim, o autor identificou que a educação seria capaz de conter os instintos egoístas dos homens submetendo-os à sociedade, à divisão do trabalho social, ao equilíbrio que enfim que daria a todos, conformados, a humanidade e a felicidade socialmente esperadas.

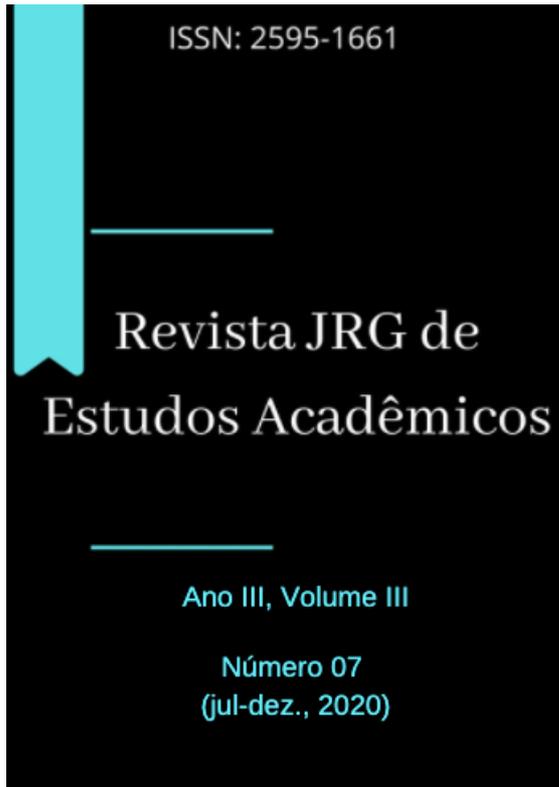
Nessa ótica, não viu obstáculos à educação religiosa, privada ou estatal, desde que sob a supervisão e direção do Estado, a escola atenda aos objetivos da sociedade e do Estado, uma vez que não poderá desvirtuar-se numa direção- para colocar em risco a ordem estabelecida pela divisão do trabalho social, Pontua a educação como fundamental e de extrema necessidade para a manutenção e aperfeiçoamento da sociedade.

Vale ressaltar que, Durkheim procurou contribuir para o aperfeiçoamento da sociedade de modo a reduzir as anomias sociais e equilibrar a vida social por meio da conformidade e da solidariedade orgânica representada na divisão do trabalho social. A obra resenhada na sua estrutura lógica suscitou o desenvolvimento da economia de mercado, contextualizado dentro de uma temática que se faz presente nas legislações, nos discursos e embates políticos atuais, bem como permeia a formulação de políticas públicas do Brasil e no mundo.

Na parte final da obra, o autor abordou a relação entre a Sociologia e a Pedagogia ao apontar a importância da aplicação do seu método para o processo educacional e na compreensão da sociedade como consequência da educação.

A partir do fundamental legado de Durkheim, a sociologia se desenvolveu enormemente no século XX, visto que, ele não só definiu os contornos de atuação da ciência, como normatizou, criou um método de estudo e desenvolvimento aplicável para qualquer objeto de estudo no âmbito social. Por isso, a partir desse fecundo período em que a referida obra foi concebida, a sociologia pode desenvolver-se rapidamente, surgindo várias escolas cuja origem pode ser atribuída ao modelo Durkheimiano.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a obra analisada é uma leitura imprescindível para estudiosos da área de Educação, pois contribui para ampliação de conhecimentos ao se compreender a contextualização do pensamento do autor, o que permite perceber nas práticas elencadas e nas análises dos discursos a presença de seu ideário, que continua a influenciar a legitimação de processos educacionais, amplamente desdobrado na sociologia do século XX e posteriormente aplicado em outras áreas das ciências humanas, até os dias atuais.



Tramitação Editorial:

ISSN: **2595-1661**

Data de submissão: **30/10/2020**

Data do aceite: **28/11/2020**

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4678838>

Publicado: **2020-12-27**

**CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: DE KANNER AO DSM-V**

*CONTRIBUTIONS TO THE DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER:
FROM KANNER TO DSM-V*

Maria do Socorro Mendes Côrtes*

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0836-8120>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8500870993023222>

Universidade Católica de Brasília, UCB, DF, Brasil

E-mail: socorrocortes@gmail.com

Alessandra Rocha de Albuquerque**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2890-0214>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3930177987913043>

Universidade Católica de Brasília, UCB, DF, Brasil

E-mail: arocha@p.ucb.br

* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (Brasília – DF, Brasil). Médica Pediatra pela Universidade de Brasília (1988). Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com habilitação em Neonatologia. Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê (UnB,2001). Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB, 2013).

** Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Brasília (Brasília – DF, Brasil). Doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Pós-doutorado na University of Nevada Reno (UNR, USA). Pesquisadora colaboradora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino - INCT/ECCE, apoiado pelo MCT, CNPq e FAPESP.

RESUMO

O objetivo deste estudo é revisar a trajetória das principais concepções teóricas e pesquisas clínicas que contribuíram para a elucidação e o estabelecimento do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em vários períodos da história, a partir dos principais pesquisadores sobre o tema, por meio de uma revisão não sistemática da literatura. Por se tratar de um transtorno com abordagem multidisciplinar, profissionais de várias áreas estão implicados no diagnóstico e na terapêutica do TEA, e conhecer a história por trás do diagnóstico estabelecido atualmente na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), contribui para a compreensão do TEA.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo. TEA-Transtorno do Espectro Autista. História do TEA.

ABSTRACT

The aim of this study is to review the trajectory of the main theoretical concepts and clinical research that contributed to the elucidation and establishment of the diagnosis of Autistic Spectrum Disorder (ASD) in different historical periods, from the main research from the subject, through a non-systematic literature review. Since ASD is a disorder with a multidisciplinary approach, professionals from various fields are involved in its diagnosis and treatment. Know the history behind the diagnosis currently established in the International Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD-10), of the World Health Organization (WHO), and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), of the American Psychiatric Association (APA) will expand the understanding of ASD.

KEYWORDS: Autism. ASD - Autism Spectrum Disorder. History of ASD

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista - TEA caracteriza-se por ser um transtorno do desenvolvimento que perdura por toda a vida da pessoa, com apresentação de dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social e padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (1; 2; 3; 4). Nem sempre o diagnóstico é feito nos primeiros anos de vida, cabendo aos pais, familiares e cuidadores a observação e questionamento sobre o curso do desenvolvimento da criança a partir de parâmetros adquiridos de vivências, leituras ou informações disponíveis (1; 5).

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevent* (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), a incidência de Transtorno do Espectro Autista vem aumentando. Em 2014, nos EUA, a incidência foi de um caso entre 59 crianças, com predomínio no sexo masculino (4,5:1). Os motivos para esse incremento estatístico ainda não foram completamente elucidados, contudo, sabe-se que houve modificações nos critérios diagnósticos e maior sensibilização dos pais e profissionais que lidam com crianças a respeito do tema (2; 4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que uma em cada 160 crianças tenha TEA e que a incidência do transtorno vem aumentando globalmente. As estatísticas em países de baixa e média renda não foram estabelecidas. Os casos de TEA variam em níveis de gravidade, com indivíduos que apresentam

funcionamento intelectual profundamente comprometido e outros com capacidade intelectual superior (4).

O diagnóstico de TEA é eminentemente clínico com bases em critérios estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM), da Associação Americana de Psiquiatria e pela Classificação Internacional de Doenças, o CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

Desde o século 5 a.C. que a busca de um sistema de classificação para as doenças mentais tem sido documentada. O primeiro deles relaciona-se aos trabalhos de Hipócrates, na Grécia Antiga. Contudo, deve-se a Emil Kraepelin (1856-1926) o primeiro sistema de classificação de cunho científico, ao reunir diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva. Sigmund Freud (1856-1939) também contribuiu para o pensamento classificatório e etiológico em Psiquiatria ao estabelecer alguns tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Contudo, Freud compreendia os sintomas como frutos do inconsciente, sendo o aparelho psíquico apenas um conceito teórico à parte da anatomia (6; 7).

A nosologia, ou seja, a classificação de doenças em grupos análogos, semelhantes ou afins em uma hierarquização ou eixo classificatório, serve para finalidades estatísticas de análises quanto à distribuição das doenças na população. A nosografia, nome dado à doença, possibilita a compreensão sobre a causa, patogênese e natureza da doença. A nosologia (classificação) e a nosografia (nomenclatura) apresentam finalidades distintas, mas entrelaçadas, pois, na medida em que há uma nosografia bem construída, a nosologia terá mais consistência, permitindo que haja uma padronização da linguagem (8).

Atualmente temos como referência as classificações da Organização Mundial de Saúde (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID) e a americana (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM), de responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria (9; 10). A CID encontra-se na sua décima edição e a décima primeira entrará em vigor em 2022 e abrange todas as doenças, inclusive os transtornos mentais em seu capítulo V, intitulado Transtornos Mentais e do Comportamento (11). O DSM está na quinta versão, lançada em 2013, que passou a ter suas edições numeradas em algarismo arábico em vez de romano, com o objetivo de ter atualizações regulares (12). Essas classificações, no quesito transtornos mentais, têm os diagnósticos elaborados mediante critérios de apresentação de sinais e sintomas (13) e no entendimento do clínico sobre termos psiquiátricos e observação do comportamento (14).

Desde o seu reconhecimento científico como uma entidade à parte da esquizofrenia infantil até o momento atual, quando é vista, com um olhar mais amplo, como um espectro que apresenta diferentes graduações, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) recebeu a atenção de muitos pesquisadores em várias partes do mundo. Novos critérios classificatórios foram surgindo à medida que se desenvolviam novas pesquisas e teorias. O atual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5* (10) e a futura Classificação Internacional de Doenças-CID-11 (10), com certeza, não darão fim aos questionamentos que surgem a cada dia, uma vez que o avanço tecnológico, associado às pesquisas na área de Neurociências, fomentam novas discussões e propostas terapêuticas, contudo olhar para o passado e ver os passos que nos levaram ao presente ajuda a compreender a trajetória percorrida e as

transformações sofridas no diagnóstico do TEA, transtorno que acomete pessoas em todo o mundo, em famílias de toda configuração racial, étnica e social (27).

Os atuais estudos nas áreas de Neurociências, Genética e neuroimagem agregam informações que sugerem que ainda se tem muito a percorrer na trajetória de diretrizes para o diagnóstico mais preciso deste transtorno e que abarque a complexidade deste (16). Além disso, há uma nova onda de estudos prospectivos, na área de psicobiologia e neurociência social, que buscam elucidar os mistérios da etiologia e patogênese dessa condição. O fato de o TEA apresentar características bem diversificadas e seu diagnóstico se basear em avaliações eminentemente clínicas torna esse processo ainda mais desafiador. Por se tratar de um transtorno do desenvolvimento, o TEA pode se manifestar de diversas maneiras, em diferentes idades (17; 18; 19). Também não há biomarcadores do autismo que possam ser considerados específicos ou patognomônicos, como em algumas síndromes, não podendo ser investigado por um exame de sangue nem por coleta de material na bochecha. O diagnóstico passa, necessariamente, pela subjetividade do investigador (20; 21).

O termo “autismo”, derivado do grego *autós* (de si mesmo), foi introduzido e difundido na literatura médica pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911 (22), referindo-se à fuga à realidade e ao retraimento para o mundo interior (isolamento) apresentados pelos pacientes com diagnóstico de demência precoce. Bleuler, em seguida, substituiu o termo demência precoce por esquizofrenia (*esquizo*, divisão e *phrenia*, mente), indicando a presença de uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento. Entre os sintomas fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia, encontrava-se o autismo, caracterizado pela perda do contato do paciente com o mundo exterior. Contudo, a utilização do termo por Kanner e Asperger, posteriormente, não teve o intuito de associá-lo ao quadro de esquizofrenia. O termo fazia referência a um distanciamento do mundo social presente nas crianças observadas, com ênfase em seus relacionamentos sociais (23; 24; 25; 26; 22).

Por se tratar de um transtorno caracterizado por comprometimentos na forma de interação da criança, adolescente ou adulto com o mundo interior e exterior, a condução dos casos de TEA demanda conhecimento e participação de múltiplos profissionais, cada um a partir do seu campo de conhecimento, de maneira a proporcionar atenção integral às demandas do paciente. Por isso, é muito importante a clara caracterização e a especificação do transtorno, de forma a garantir o desenvolvimento de estratégias apropriadas de intervenção, levando-se em conta potenciais comorbidades e semelhanças com outros transtornos (19).

Atualmente, o sistema de diagnóstico do TEA é clínico, baseado em observação direta do paciente, coleta de informações com os pais ou responsáveis e na aplicação de escalas, questionários e protocolos padronizados (28). Há consenso de que o diagnóstico precoce fornece informações necessárias para que um ambiente favorável ao desenvolvimento da pessoa com TEA seja instaurado (29).

O DSM-5 (10) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (30) contêm os critérios a serem considerados na avaliação para o estabelecimento do diagnóstico. A CID-10 (31) classifica o autismo dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), sob o código F84, que é constituído por um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. A CID-11, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2022 (9), acompanhou

o DSM-5 (10) em sua classificação, incluindo os quadros de TGD no TEA, de acordo com os seguintes códigos e classificações:

- 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional;
- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada;
- 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional;
- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado;
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado (32).

O DSM-5 promoveu grandes mudanças na descrição e organização dos critérios diagnósticos para autismo e distúrbios relacionados. Considerando que não há evidências para a separação contínua dos diagnósticos para autismo, Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) e Transtorno Global do Desenvolvimento-Sem Outras Especificações (PGD-SOE), colocou-os todos sob o rótulo de Transtorno do Espectro Autista (TEA), no intuito de melhorar a concordância de diagnóstico entre os diversos centros clínicos e de pesquisas (33). Este manual integrou a classificação de transtornos mentais com os recentes avanços da Neurociências e Genética (34), de forma a favorecer a identificação de diagnósticos em um espectro de transtornos baseado em circuitos neurais, vulnerabilidade genética e exposições ambientais comuns (35). De acordo com o DSM-V, os dois principais sintomas associados ao TEA, que caracterizam os novos critérios diagnósticos, são: déficits na comunicação social e interação social e padrões de comportamento restritivo e repetitivo. Um número expandido de especificadores, que incluem três níveis de gravidade para os dois principais sintomas, indicam o nível de serviços de suporte exigido pelo paciente (10; 33).

O objetivo deste estudo é revisar a trajetória das principais concepções teóricas e clínicas do TEA, a partir dos pesquisadores sobre o tema, reconhecendo que, cada vez mais, o transtorno em questão demanda dos pesquisadores novos olhares e novos saberes e que a precocidade do diagnóstico proporciona à criança melhor prognóstico e adaptação ao mundo que a circunda, com suas exigências e desafios. Neste texto, os termos autismo e TEA são utilizados indistintamente.

PESQUISADORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA A CONCEITUAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO AUTISMO

Distúrbio Autístico do Contato Afetivo: as crianças de Kanner (1894-1981)

Em outubro de 1938, Leo Kanner, psiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos e um dos responsáveis pela criação do Serviço de Psiquiatria Infantil do *Johns Hopkins University and Hospital*, em Baltimore (Maryland – EUA), recebeu a carta de

um pai, Oliver Triplett Jr., preocupado com o comportamento atípico de seu filho Donald T. nos primeiros cinco anos de vida (16; 26). A carta, com 33 páginas datilografadas, continha uma série de informações sobre o desenvolvimento da criança e seu comportamento, com pormenores que captaram a atenção de Kanner e serviram de gatilho para a pesquisa do psiquiatra nos anos subsequentes (36).

Posteriormente, a criança foi examinada por Kanner e sua equipe. Reconhecendo que se tratava de um quadro peculiar e com características de uma entidade distinta das que habitualmente estudara, Kanner passou a observar outras crianças que apresentavam comportamentos similares com o intuito de apresentar os casos à comunidade científica, visando o reconhecimento de uma afecção autônoma e inata, ainda não descrita (23; 16; 36; 19). Para o psiquiatra, tratava-se de uma entidade distinta de outros transtornos, como a esquizofrenia ou o retardo mental, identificando-o como um distúrbio inato do contato afetivo e interpessoal (37; 18).

Em 1943, após acompanhar 11 crianças com quadros semelhantes ao de Donald, sendo oito meninos e três meninas com idades variando de 2 anos e 4 meses a 8 anos (38), Kanner escreveu o artigo "*Autistic Disturbances of Affective Contact*", que foi publicado na revista *The Nervous Child*, número 2, páginas 217-250 (36) dando início a uma nova perspectiva de compreensão sobre o que viria a ser denominado autismo infantil, transtorno autista ou autismo na infância (25; 36; 18).

Kanner (36) identificou que as crianças avaliadas tinham como característica marcante a tendência ao isolamento, por isso optou pelo termo autismo, porém com semântica distinta ao uso dado por Bleuler, relacionando-o ao fato de as crianças não parecerem estar envolvidas com seu ambiente externo (39; 26). Para ele, a desordem fundamental estava na incapacidade dessas crianças de se relacionarem de maneira comum com pessoas e situações desde o começo da vida, havendo, desde o início, extremo isolamento autista (36). Ao relatar os casos, Kanner procurou descrevê-los detalhadamente, reconhecendo tratar-se de uma afecção autônoma e específica ligada aos primeiros anos da infância (23).

As histórias das 11 crianças foram apresentadas resumidamente no artigo: as diferenças individuais segundo o grau do distúrbio, a manifestação de traços específicos, a constelação da família e o desenvolvimento ocorrido ao longo dos anos. Kanner pôde observar que, apesar das diferenças verificadas, havia um traço comum perceptível nos casos que poderia caracterizá-los como uma única "síndrome". As crianças do grupo demonstraram extrema solidão desde o começo de suas vidas, não respondendo aos estímulos externos direcionados a elas. Kanner concluiu que as crianças eram governadas pelo desejo poderoso de solidão e mesmice, não tolerando as menores alterações em seu ambiente físico (20; 36).

A alimentação das crianças ocorria com muita dificuldade. Algumas apresentaram severos problemas alimentares desde o começo, como rejeição ao alimento ou vômitos repetitivos, o que interferia em seus estados nutricionais e gerava preocupação aos pais. Para Kanner, o alimento seria a primeira intrusão vinda de fora sofrida pela criança e, no intuito de manterem o mundo exterior afastado, relutavam em aceitar, de bom grado, os alimentos oferecidos. Posteriormente, tais dificuldades apresentaram regressão diante das inúmeras e repetidas investidas dos cuidadores (36).

No que concerne à inteligência, Kanner considerou que as crianças eram dotadas de boas potencialidades cognitivas, com um assombroso vocabulário e excelente memória para decorar poemas e nomes e também uma precisa recordação de modelos complexos e sequências, o que permitiria considerá-las com boa inteligência (36). Estudos posteriores, contudo, não corroboraram sua assertiva,

ficando claro que muitas crianças com TEA têm deficiência intelectual (QI abaixo de 70) e apresentam discrepâncias nas diferentes áreas de habilidade (18).

Os parentes das crianças também passaram pelo escrutínio de Kanner. Ele observou que todos vinham de famílias muito inteligentes, com marcantes traços de obsessividade, limitado interesse genuíno por pessoas e preocupação com abstrações de natureza científica, literária e artística. Concluiu que as crianças avaliadas nasceram com uma inata inabilidade para travar contato afetivo normal, biologicamente instaurado, com uma combinação de extremo autismo, obsessividade, estereotipia e ecolalia (36; 38).

Um ano após a publicação do artigo de Kanner, o termo Autismo Infantil Precoce foi adicionado às nomenclaturas psiquiátricas e outros profissionais puderam usar as suas observações para a detecção de casos não enquadrados em outras entidades clínicas e em novas investigações. Kanner também teve a oportunidade de avaliar muitos outros casos e contribuir para a compreensão do transtorno. Vinte e oito anos após o primeiro artigo ter sido lançado, Kanner pôde entrar em contato com os familiares da maioria das crianças e realizar o acompanhamento delas, relatando-o no artigo denominado “*Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943*” (38), no *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*.

Hans Asperger (1906-1980) e sua tese: psicopatia autística infantil

Em outubro de 1943, Hans Asperger, pediatra, apresentou sua tese em livre-docência na Faculdade de Medicina da Universidade de Viena (Áustria). Como coordenador da seção especial da Clínica Infantil, Asperger discorreu sobre quatro casos de crianças atendidas no setor que apresentavam aspectos clínicos e pedagógicos peculiares (22). Asperger tinha interesse nos processos pedagógicos relacionados às crianças com deficiência e advogou uma educação baseada na compreensão para as pessoas especiais, com tratamento pedagógico diferenciado e adaptado às dificuldades das crianças (40; 41). O transtorno observado recebeu a denominação de Psicopatia Autística Infantil (22).

Asperger (41) relatou casos de crianças que apresentavam fracassos em relação à convivência social. A dimensão afetiva encontrava-se amplamente alterada, com a compreensão dos fenômenos de expressão dos outros e a reação adequada a estes igualmente alteradas. Asperger considerou que havia uma nítida falha do sentimento dessas crianças que deveria ser considerada a causa principal da relação alterada com o meio ambiente, mas considerou que as crianças eram inteligentes e entendeu que poderiam ter desempenho intelectual satisfatório na vida adulta.

Bruno Bettelheim (1903-1990): a fortaleza vazia

Influente diretor da Escola Ortogenética de Chicago (Sonia Shankman Orthogenic School of the University of Chicago) para crianças com transtornos mentais, o austríaco Bruno Bettelheim foi o mais famoso defensor da psicogênese nas décadas de 1950 e 1960 e também da institucionalização das crianças com autismo, no intuito de retirá-las de ambientes com familiares tóxicos, que desconsideravam as suas necessidades básicas (42). Foi o responsável pela disseminação do conceito de “mãe geladeira”, oriundo das observações iniciais de Kanner sobre o perfil frio e distante dos pais das crianças autistas, poucos disponíveis afetivamente (16). Em seu livro “A fortaleza vazia”, lançado em 1967, subscreveu os pontos de vista de Kanner, defendendo-os nos meios de divulgação científica e popularizando o conceito na sociedade (43).

Considerando o autismo como uma síndrome de dano ao ego, o psicanalista interpretou o comportamento das crianças autistas sob a perspectiva freudiana clássica e implicou os pais no processo, sugerindo rejeição inconsciente deles para com os filhos. Acreditava, portanto, que o tratamento do autismo deveria alcançar tanto os pais quanto os filhos, simultaneamente (44; 45).

Bernard Rimland (1928-2006): base biológica do autismo

Em seu livro *Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior*, publicado em 1964, Rimland sugeriu forte base cerebral para o transtorno, propondo como causa uma disfunção na Formação Reticular do Tronco Cerebral (46). Seu livro teve o prefácio escrito por Kanner, que havia mudado a sua visão a respeito da culpabilização das mães na gênese do autismo. Essa mudança, juntamente com a discussão da base neural do autismo, provocou radical alteração na maneira de se diagnosticar e de se abordar o autismo do ponto de vista terapêutico (47; 18). Suas pesquisas contribuíram para que o diagnóstico de autismo se enquadrasse no campo biológico da pesquisa (42).

Beate Hermelin (1919-2007) e Neil O'Conner (1917-1997): déficits cognitivos específicos

Psicólogos experimentais, pesquisadores do Maudsley Hospital, do Reino Unido, Hermelin e O'Conner conduziram análises estatísticas focadas inteiramente nas medidas comportamentais e realizaram várias pesquisas sobre o autismo, sendo pioneiros em testar como as crianças autistas processavam a informação sensorial na resolução de testes de habilidades de memória e motoras. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que as crianças com autismo apresentavam déficits cognitivos específicos, como problemas na percepção de ordem e significado não explicados por deficiência mental (48; 49; 39).

Victor Lotter (1933-1988): estudos epidemiológicos

Desafiado pelo pesquisador Neil O'Conner, um dos primeiros a aplicar os rigorosos métodos da psicologia experimental no campo do retardo mental grave e autismo, o psicólogo sul-africano Victor Lotter realizou o primeiro estudo epidemiológico do autismo em Middlesex, um condado ao noroeste de Londres, relatando um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças em toda a população de crianças de 8 a 10 anos. Lotter estabeleceu 24 itens comportamentais em sua pesquisa epidemiológica no intuito de permitir estudos reproduzíveis não sujeitos a julgamentos subjetivos de pesquisadores individuais (20; 39; 17; 18).

Lorna Wing (1928-2014): Tríade de Wing

Lorna Wing foi uma grande estudiosa do autismo e, juntamente com a psicóloga Judith Gould, verificou que o autismo infantil poderia ser observado sob o prisma de um espectro, com quadros diversos podendo ser relacionados ao transtorno. Em conjunto, Wing e Gould (50) realizaram uma investigação em um subúrbio de Londres e identificaram um grupo de comparação de crianças com prejuízos sociais, com e sem retardo mental. As autoras discutiram as relações entre retardo mental, autismo típico e outras condições que envolviam prejuízos sociais e publicaram seus achados no *Journal of Autism and Developmental Disorders* com o título "*Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*". A partir de suas observações, um sistema de classificação baseado na qualidade da interação social foi proposto.

Os estudos de Wing foram muito importantes para a incorporação do diagnóstico de Síndrome de Asperger na CID-10 e no DSM-IV. Foi dela a sugestão da tríade de déficits simultâneos nas esferas social, comunicacional e simbólica, que ficaram conhecidas como Tríade de Wing (48).

Michael Rutter (1933-): genética e síndrome comportamental

Considerado um dos principais pesquisadores da psiquiatria infantil do Maudsley Hospital, do Reino Unido, o psicólogo Rutter conduziu o primeiro estudo genético do autismo. Após várias pesquisas suas e de outros, concluiu que as anormalidades cerebrais orgânicas aparentavam estar relacionadas ao quadro de autismo, reconhecendo o autismo como uma desordem do desenvolvimento provocada por uma doença no SNC (51; 39; 46).

Em decorrência da emergência de uma nova perspectiva sobre o autismo proposta por Rutter, a abordagem terapêutica também sofreu modificações. O autismo passou a ser reconhecido como uma síndrome comportamental originada de um quadro orgânico, portanto, o comportamento social do autista seria resultante de um déficit cognitivo específico que afetaria a linguagem e os processos centrais de codificação (52). Neste sentido, o prejuízo na linguagem tornou-se o foco central das pesquisas de Rutter na década de 70 (53) e os programas de intervenção precoce assumiram novas configurações (37).

Como pesquisador da *King's College London*, o Professor Rutter participou e realizou várias pesquisas sobre o autismo, sendo considerado um dos maiores estudiosos do tema. Em 1978, Rutter estabeleceu o que ficou conhecido como “critérios de Rutter”, baseados em estudos epidemiológicos e clínicos, quais sejam: atraso e desvios sociais; problemas de comunicação; comportamentos incomuns, como movimentos estereotipados e maneirismos; início antes dos 30 meses de idade. Suas pesquisas, associadas a outras, influenciaram fortemente a definição de autismo no DSM-III, em 1980 (20; 17).

Edward Ritvo: (1935 -): autismo-deficiência mental

Professor emérito da Universidade da Califórnia, Los Angeles Medical School (UCLA), Edward Ritvo, especialista em psiquiatria infantil e adolescência, é uma respeitada autoridade em autismo. Foi um dos primeiros a reconhecer o autismo não como uma psicose, mas como uma síndrome relacionada a um déficit cognitivo, caracterizando-o como um transtorno do desenvolvimento com uma relação autismo-deficiência estabelecida (48). Também preconizou a concepção do autismo como uma síndrome comportamental de um quadro orgânico em seu livro publicado em 1976, *Autism: diagnosis, current research and management* (54). Foi responsável pelo estudo com gêmeos na UCLA, estabelecendo o registro genético do autismo, com análise da árvore genealógica e da hereditariedade do transtorno (25).

Uta Frith (1941-): a voz de Asperger em inglês

A psicóloga alemã Uta Frith, professora emérita de Desenvolvimento Cognitivo do Instituto de Neurociência Cognitiva da *University College London* (UCL), continua em atividade e é reconhecida como autoridade em TEA. Como pesquisadora do Maudsley Hospital, do Reino Unido, realizou trabalhos com Hermelin, O'Conner e Lorna Wing, seus mentores, além de traduzir a tese de Asperger para a língua inglesa, popularizando-o e subsidiando o que viria a se tornar mundialmente conhecido como Síndrome de Asperger (20; 24).

Ivar Lovaas (1927-2010): ABA

Psicólogo norueguês que atuou na Universidade da Califórnia, Los Angeles, pioneiro e um dos maiores representantes do uso da Análise Aplicada do Comportamento (ABA) ao autismo. A ABA, equivocadamente confundida com um método de tratamento para o autismo, constitui-se no braço tecnológico da ciência Análise do Comportamento a qual, por sua vez, fundamenta-se na filosofia Behaviorista Radical (55; 56; 57). Como o braço tecnológico de uma ciência, busca aplicar princípios comportamentais à solução de problemas socialmente relevantes.

Lovaas desenvolveu um programa intensivo de tratamento, baseado em mais de 40 anos de pesquisa e intervenção com crianças autistas, o qual é usado por psicólogos em todo o mundo e caracteriza-se pela intervenção individualizada, de longo prazo, com carga horária semanal expressiva (40 horas). Relatou que 47% das crianças expostas a esse tipo de intervenção alcançaram níveis normais de funcionamento (intelectual e educacional), apresentando desenvolvimento típico (58).

Eric Schopler (1927-2006): programa TEACCH

Em 1966, na Universidade da Carolina do Norte (EUA), o psicólogo Schopler, juntamente com Robert Reichler, iniciou um programa piloto que resultaria no TEACCH - *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (20). O método TEACCH apresenta abordagem desenvolvimentista, valorizando as mudanças que a criança apresenta de acordo com a faixa etária, e postula que, à medida que as crianças com autismo crescem, elas têm mais experiências, que são essenciais para a aprendizagem. Também leva em conta a superioridade do uso da visão em relação à audição, com ampla utilização de recursos visuais para ampliar as capacidades da linguagem compreensiva e receptiva. As bases epistemológicas do TEACCH são o comportamentalismo e a psicolinguística (59; 60).

Isabelle Rapin (1927-2017): comunicação e autismo

Neuropediatra suíça, Rapin realizou várias pesquisas sobre autismo, principalmente na área da comunicação. Defendeu a estimulação precoce das crianças autistas, com ênfase em suas competências. Foi uma das vozes contra a psicogênese e a favor da visão do autismo como um espectro de desordens. Mentora de vários neuropediatras, fez uma série de contribuições significativas aos estudos sobre o autismo, reconhecendo-o como um distúrbio do cérebro em desenvolvimento (61).

Simon Baron-Cohen (1958-): Teoria da Mente

David Premack e Guy Woodruff (62), estudando chimpanzés, propuseram uma Teoria da Mente na qual os chimpanzés inferiam o estado mental de si e dos outros e previam comportamentos com base nesse estado mental. Baseados nessa teoria, Baron-Cohen et al. (63), precursores da teoria cognitiva no autismo, postularam que no TEA havia uma falha no reconhecimento do estado mental dos outros, ou seja, a Teoria da Mente no autismo era deficiente, independentemente do retardo mental subjacente. Tal estado resultaria nas dificuldades observadas nas interações sociais, uma vez que, com a dificuldade de predição de como as pessoas agiriam e a falta de inferência sobre as motivações subjacentes a essas ações, a pessoa com TEA ficaria impossibilitada de instaurar relacionamentos adequados com outras pessoas, prejudicando a expressão afetiva (54).

Simon Baron-Cohen é diretor do Centro de Pesquisa em Autismo da Universidade de Cambridge, Reino Unido. Também é presidente da Sociedade Internacional de Pesquisa em Autismo. Grande pesquisador do TEA, suas pesquisas provocaram mudanças na classificação do autismo no DSM e na CID (48).

Christopher Gillberg (1950-): Neurociências e Genética

Um dos pesquisadores mais produtivos na área do autismo, Gillberg é professor de psiquiatria da infância e adolescência na Universidade de Gotemburgo, Suécia, e chefe médico do Hospital Universitário Sahlgrenska. Suas pesquisas abrangem as áreas de Neurociências, Genética e Epidemiologia, além de tratamentos/intervenções e resultados. Suas pesquisas o levaram a associar o autismo a causas orgânicas, criticando os que criam na causa psicogênica do transtorno, e conceituando o autismo como uma síndrome comportamental com múltiplas causas biológicas (64; 65; 66)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos foram os que empreenderam narrativas e pesquisas sobre o autismo. Poderíamos citar os trabalhos de vários grupos de pesquisas, contudo consideramos que muitos tiveram como ponto de partida os trabalhos dos autores citados que, com perspicácia, intuição e muita observação, deixaram legados para as próximas gerações. Alguns ainda exercem suas atividades clínicas, científicas e são promotores da disseminação do conhecimento sobre o autismo e referência para aqueles que lidam direta ou indiretamente com a causa dos autistas.

De grande importância foi a participação de pais e familiares de autistas, que se empenharam, através de campanhas, movimentos e associações, em prol da causa e em busca de reconhecimento e terapêuticas adequadas a cada caso. Profissionais da área de saúde mental, fonoaudiologia, terapia ocupacional, advocacia e política também deram e continuam a dar suas contribuições para que as pessoas com TEA, de qualquer espectro e idade, recebam a atenção necessária para o exercício da cidadania e o desempenho de todo o potencial de que são capazes.

Reconhecer o percurso que os antecessores traçaram nos leva a olhar adiante, para o que ainda não foi elucidado pela ciência e pela tecnologia, pois o saber se multiplica a cada dia e a busca por conhecimento é algo inerente ao ser humano. Um diagnóstico bem elaborado produz terapêuticas mais apropriadas e vidas mais adaptadas às exigências de um mundo dinâmico e complexo.

Por se tratar de um transtorno com abordagem multidisciplinar, profissionais de várias áreas estão implicados no diagnóstico e terapêutica do TEA e conhecer a história por trás do diagnóstico estabelecido atualmente na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA) expandirá a compreensão do TEA.

Em síntese, o conhecimento sobre o percurso para a elucidação de um diagnóstico, principalmente aqueles que necessitam de diagnósticos precoces e intervenções apropriadas e baseadas em evidências científicas, como o TEA, nem sempre está disponível aos profissionais responsáveis por essas importantes práticas. Portanto, o objetivo dessa revisão foi alcançar esses profissionais e torná-los cientes de como a nosologia nem sempre ocorre de forma linear e isenta de contradições,

necessitando de constantes revisões e adequações de acordo com o avanço científico e tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, AC & LOTUFO-NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, 2014, Vol. XVI, no. 1, p.67-82
2. BAIO, J., WIGGINS, L., CHRISTENSEN, DL, MAENNER, MJ, DANIELS, J., WARREN, Z., ... & DOWLING, NF (2018). Prevalência de transtorno do espectro do autismo entre crianças de 8 anos - rede de monitoramento de autismo e deficiências de desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2014. **MMWR Surveillance Summaries**, 67 (6), 1.
3. HALPERN, R. **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento**. Barueri, SP: Manole; 2014. 556 p.
4. PAHO, 2017 Organização Mundial da Saúde (2017). **Folha informativa: transtorno do espectro autista**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098> [Links]
5. FERREIRA, M. E. V., & SMEHA, L. N. (2018). E agora Dr.? O pediatra diante do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista. **PSI UNISC**, 2(1), 156-171.
6. MATOS, EG.; MATOS, TMG & MATOS, GM. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 27(3), 312-318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>
7. PONDÉ, MP. (2018) The crisis of diagnosis in psychiatry and the diagnostic manuals. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, 21(1), 145-166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>
8. LAURENTI, R. (1991). Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de saúde pública**, 25, 407-417.
9. OPAS/OMS Brasil - **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)** (2018) Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
11. BUSNELLO, ED.; Tannous, L.; Gigante, L.; Ballester, D.; Hidalgo, MP.; Silva, V.; Juruena, M.; Dalmolin, A. (in memoriam) & Baldisserotto. G. (1999)

Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Rev. Saúde Pública**, 33 (5). Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>

12. BANDEIRA, J. & CAMPOS, EM. (2017) Perspectivas e principais alterações no DSM-5. **Rev Med UFC**. 57(1):15-18. Doi: 10.20513/2447-6595.2017v57n1p15-18
13. CUTHBERT, B. N., & INSEL, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. **BMC medicine**, 11(1), 126.
14. CASEY, B. J., CRADDOCK, N., CUTHBERT, B. N., HYMAN, S. E., LEE, F. S., & RESSLER, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? **Nature Reviews Neuroscience**, 14(11), 810-814.
15. GAUDERER, E C. **Autismo e outros atrasos do Desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. São Paulo: Sarvier, 1985.
16. GRANDIN, T. & PANEK, R (2018) **O cérebro autista**. Tradução de Cristina Cavalcanti. 8.ed. São Paulo: Record.
17. KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 28 (Suppl. 1), s3-s11. (2006). Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>
18. VOLKMAR, F. R. & WIESNER, L. A. **Autismo: guia essencial para a compreensão e o tratamento**. Porto Alegre: Artmed. (2019) 356 p.
19. WHITMAN, T. L. **O desenvolvimento do autismo: Social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas**. Tradução Dayse Batista. São Paulo: M.Books do Brasil (2015).
20. DONVAN, J. & ZUKER, C. **Outra sintonia**. A história do autismo. Tradução Luiz A. de Araújo. São Paulo: Companhia das Letras. (2017) 664 p.
21. SCHWARTZMAN, JS & ARAUJO, CA. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011).
22. DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 18 (2), 307-313, São Paulo (2015). Acessado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p307.9>
23. FERRARI, P. **Autismo infantil: o que é e como tratar**. Trad. Marcelo Dias Almada. 4. ed. São Paulo: Paulinas (2012).
24. FRITH, U. Asperger and his syndrome. In Uta Frith (Ed.) *Autism and Asperger syndrome* (p. 1-36). Cambridge University Press (1991). Acessado de: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526770.001>

25. GAUDERER, E. C. **Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais.** 2. ed. São Paulo: Sarvier (1987).
26. SCHWARTZMAN, J. S. **Cem dúvidas sobre o autismo.** São Paulo: Memnon Edições científicas (2018).
27. SILVA, R. C. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, 17 (4), (2006) p. 263-285. Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>
28. ALMEIDA, M. S. **Diagnóstico do autismo no CID 11, CID 10 e DSM V.** (2019). Recuperado em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/diagnostico-do-autismo-no-cid-11-cid-10-e-dsm-v/>
29. FERNELL, E., ERIKSSON, M. A. & GILLBERG, C. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review. **Clinical Epidemiology**, 2013: 5.
30. OMS - Organização Mundial de Saúde **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** (10. ed.) Genebra, Organização Mundial de Saúde (1996).
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.** Geneva: World Health Organization (1992). Acessado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2018) **ICD - 11 International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information.** 2018.
33. MORAN, M. **DSM-5 fornece nova visão sobre distúrbios do neurodesenvolvimento.** Psychiatry News. American Psychiatric Association (2013). Acessado de: <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2013.1b11>
34. GRINKER, R. R. In Retrospect. The five lives of the psychiatry manual. **Nature.** v.468 p.168-170 Macmillan Publishers (2010).
35. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 - DSM-5.** Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948p.
36. KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous child**, 2 (3), (1943) p.217-250.
37. GADIA, C. A., TUCHMAN, R. & ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**, 80 (2, Suppl.) p.83-94 (2004). Acessado de: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>

38. KANNER, L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. **J Autism Dev Disord**. 1, (1971) p.119-145. Acessado de: <https://doi.org/10.1007/BF01537953>
39. EVANS, B. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. **History of the Human Sciences**, 26 (3). London: Sage (2013). DOI: 10.1177/0952695113484320
40. ARTIGAS-PALLARES, J & PAULA, I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 32 (115), (2012) p.567-587. Acessado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
41. ASPERGER, H. Os “psicopatas autistas” na idade infantil (Parte 1). **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**, 18(2), (2015) p.314-338. Acessado de: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p314.10>
42. HERMAN, E. Autismo no DSM, 1952-2013. **Projeto de História do Autismo**. (2019) Acessado de: <https://blogs.uoregon.edu/autismhistoryproject/archive/autism-in-the-dsm/>
43. RÊGO BARROS, I. B. Autismo e linguagem: discussões à luz da teoria da enunciação. **Distúrbios da Comunicação**, 23 (2) (2011).
44. BETTELHEIM, B. **Empty fortress**. Infantile Autism and the birth of the self. Simon and Schuster. New York: Free Press (1967).
45. SILVERMAN, C. & BROSCO, J. P. Understanding autism: parents and pediatricians in historical perspective. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, 161 (4), (2007) p. 392–398. Acessado de: <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.392>
46. ROSEMBERG, R. (2011) História do autismo no mundo. In Schwartzman, J. S. & Araujo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011). p. 19-21
47. RIMLAND, B. **Infantile Autism**: The Syndrome and its Implications for a Neural Theory of Behavior. New York: Appleton-Century-Crofts (1964).
48. ASSUMPÇÃO Jr, F. B. & KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil**: novas tendências e perspectivas. 2. ed. Série de psiquiatria da infância à adolescência. São Paulo: Editora Atheneu (2015).
49. BOSA, C. A. & CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**, 13 (1), (2000) p. 167-177.
50. WING, L. & GOULD, J. (1979) Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 9, No. 1, 1979 Plenum Publishing Corporation.

51. ARAÚJO, C. A. (2011a) Psicologia e os Transtornos do Espectro do Autismo. In Schwartzman, J. S. & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011). p. 173-201.
52. GOLDBERG, K. Autismo: uma perspectiva histórico-evolutiva. **Revista de Ciências Humanas**, 6 (6), (2005) p. 181-196.
53. LAMPREIA, C. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: reflexão e crítica**, 17 (1), (2004) p. 111-120.
54. ARAÚJO, C. A. (2011b) A intervenção psicológica. In Schwartzman, J. S & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011). p. 227-237.
55. BAER, D. M., WOLF, M. M. & RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1, (1968) p. 91-97.
56. SELLA, A. C., & RIBEIRO, D. M. O que é a análise do comportamento aplicada. Em A. C. Sella & D. M. Ribeiro, *Análise do Comportamento Aplicada ao Transtorno do Espectro Autista* (p. 45-58). Appris Editora (2018).
57. TOURINHO, E. Z. Estudos conceituais na análise do comportamento. **Temas em Psicologia**, 7(3), (1999) p. 213-222.
58. LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55(1), (1987) p. 3-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>
59. LEON, V. C. **Práticas baseadas em experiências para aplicação do TEACCH nos Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon (2016).
60. LEON, V. C. & OSÓRIO, L. (2011) O método TEACCH. In Schwartzman, J. S. & Araújo, C. A. **Transtornos do espectro do autismo – TEA**. São Paulo: Memnon (2011) p. 263-277.
61. SANDOMIR, R. (2017) Isabelle Rapin, Who Advanced Concept of an Autism Spectrum, Dies at 89. **New York Times**, Obituário 9 de junho de 2017. Acessado de: <https://www.nytimes.com/2017/06/09/science/obituary-neurologist-isabelle-rapin-autism.html>
62. PREMACK, D. & WOODRUFF, G. Does the chimpanzee have a theory of mind? **Behavioral and brain sciences**, 1 (4), (1978) p. 515-526.
63. BARON-COHEN, S., LESLIE, A. M. & FRITH, U. Does the autistic child have a “theory of mind.” **Cognition**, 21 (1), (1985) p. 37-46.
64. ASSUMPÇÃO JÚNIOR, FB. & PIMENTEL, ACM. (2000). Autismo infantil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(Suppl. 2), 37-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010>

65. GILLBERT, C. Debate and Argument: Is Autism a Pervasive Developmental Disorder? **J. Child Psychol. Psychiat.** vol. 32, N. 7, (1991) p. 1169-1170.
66. GILLBERG NEUROPSYCHIATRY CENTRE – GCN **History**. Institute of Neuroscience and Physiology. Sahlgrenska Academy. Universidade de Gotemburgo, Suécia (2016). Acessado de:
https://gillbergcentre.gu.se/english/about_us