

ISSN 2525-6769



II Seminário Científico da FAI

ANAIS

Ano II. Vol.I Edição 2017

**Irecê, Bahia
2017**

Faculdade Irecê – FAI

Rua Rio Iguaçu, 397, Térreo- Bairro Recanto das Árvores, Irecê, Bahia

ANAIS DO II SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FAI

METODOLOGIA DA PESQUISA:

uma abordagem multiprofissional

Seminário anual da Faculdade Irecê

ORGANIZAÇÃO

Nádja Shirley de Andrade Cavalcante

Coord. do curso de Enfermagem

Ivania Batista de Oliveira Farias

Coord. NUPPEX

**IRECÊ, BAHIA
NOVEMBRO DE 2017**

EXPEDIENTE

Faculdade Irecê – FAI

Rua Rio Iguaçu, 397, Térreo- Bairro Recanto das Árvores, Irecê, Bahia

ANAIS DO II SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FAI

METODOLOGIA DA PESQUISA:

uma abordagem multiprofissional

Seminário anual da Faculdade Irecê

DIRETOR GERAL

MARCOS BATISTA DE CARVALHO

DIRETOR FINANCEIRO

JORGE EDILSON DE CARVALHO BRITO

COORDENADORA ACADÊMICA

MARIA DA CONCEIÇÃO ARAÚJO CORREIA

COORDENADORA DO NUPPEX

IVANIA BATISTA DE OLIVEIRA FARIAS

NUCLEO DE ORIENTAÇÃO E APOIO PSICOPEDAGÓGICO

PSICOLÓGO JOÃO LINS

IRECÊ, BAHIA

NOVEMBRO DE 2017

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DA UROLITÍASE.....	5
O PROGRAMA DE MONITORIA E APRENDIZADO DOS DISCENTES DA FACULDADE IRECÊ FRENTE À SAE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	22
TRATAMENTO ETIOLÓGICO EXPERIMENTAL DA DOENÇA DE CHAGAS: ASSOCIAÇÃO DO BENZONIDAZOL COM O CETOCONAZOL.....	31
O PROCESSO DE ADOECIMENTO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	47
DIABETES <i>MELLITUS</i> : REPENSANDO AS PRÁTICAS SOBRE O AUTOCUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	61
A MÁ POSTURA DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA MANIPULAÇÃO DOS PACIENTES ENQUANTO MOTIVADORA DE PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES....	70
A RELAÇÃO MÃE E FILHA E SUAS IMPLICAÇÕES NA CONSTITUIÇÃO DA FEMINILIDADE	79
INTERDISCIPLINARIDADE: uma abordagem no curso de graduação em enfermagem	96
HUMANIZAÇÃO EM UTI NEONATAL: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PREMATUROS E DE BAIXO PESO	111
HEMODIÁLISE E A CONSCIENTIZAÇÃO QUANTO A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	122
OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	129
OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	134
CÂNCER DE ESTÔMAGO: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS, ETIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	139
PLANTAS MEDICINAIS E SEUS CONSTITUINTES BIOATIVOS: UMA REVISÃO DA BIOATIVIDADE E POTENCIAIS BENEFÍCIOS DESTAS PLANTAS UTILIZADAS NO TERRITÓRIO DE IRECÊ BAHIA.....	146
O TRABALHO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR	151

ARTIGOS COMPLETOS

A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DA UROLITÍASE

Genivaldo Ferreira Júnior¹; Jorge Luiz dos Reis Lopes¹; José Eduardo Teles de Andrade¹;
Antônio Silvestre F. dos Santos²

¹Pós-graduando do curso de Imaginologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Docente da Escola Bahiana de Medicina. Coordenador o curso de Extensão em Medicina Legal e Radiologia Forense. Coordenador de graduação e pós-graduação em Bioimagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Diretor do Conselho de Radiologia da Bahia.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo destacar a importância da Tomografia Computadorizada (TC) no diagnóstico da urolitíase revisando as características fisiopatológicas e a evolução da sua abordagem diagnóstica, destacando e descrevendo o método de diagnóstico mais eficiente na elucidação da patologia. O cálculo renal acomete um número considerável de pessoas e pode ocorrer em diversas fases da vida, causando grande desconforto e dor nos pacientes. Seu diagnóstico de maneira rápida e eficaz por meio da tomografia computadorizada é uma forma eficiente para a eliminação de seus males. Foi utilizada a metodologia descritiva para chegar às conclusões do presente estudo. Optou-se pela revisão bibliográfica sistemática, utilizando-se para tal bases de dados *online* especializadas em saúde, como a Scielo, Pubmed, Lilacs e revisão de literatura, balizada em autores como Pinho (2009), Fenelon (2010) e Leite (2006), pela possibilidade que este método oferece para a apresentação do método da tomografia computadorizada, além de aprofundamento no assunto, análise e discussão dos aspectos envolvendo o uso da TC para diagnóstico da urolitíase. Os resultados sinalizam que a tomografia computadorizada, apesar de representar a técnica mais custosa em relação a outras formas é capaz de oferecer resultados mais precisos, sendo indicada potencialmente na verificação da urolitíase e também em diagnósticos por imagem complexos. Diante da sensível vantagem de nitidez nas imagens da TC sobre a ultrassonografia e radiografia este método tem ganhado grande relevância e valorização pelos médicos da patologia em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Tomografia Computadorizada, Urolitíase, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a tecnologia tem sido vista como um símbolo dos tempos modernos e tornou-se uma importante aliada da ciência, juntas são as principais responsáveis por avanços na área de saúde em suas projeções sobre o futuro. Os avanços científicos e tecnológicos vêm sendo entendidos como ferramentas capazes de superar a qualquer problema, principalmente os que são ligados à saúde. De fato, há cada vez mais

opções para diagnósticos e tratamentos das mais diversas patologias. Os estudos de imagens têm aumentado consideravelmente e a Tomografia Computadorizada (TC) desempenha uma função relevante neste aumento (LEÃO FILHO, 2012).

Nesta senda, o diagnóstico através desta técnica representa um dos recursos médicos mais precisos, detectando patologias de maneira rápida e eficiente, capaz de estabelecer um combate à raiz do problema.

A urolitíase ou cálculo renal acomete número significativo de indivíduos, que ocorre devido à formação de cristais na urina que não são diluídos ou expelidos naturalmente, alcançando tamanho elevado o suficiente que, ao se moverem, causam dor e desconforto no sistema urinário. Os pacientes acometidos por esta enfermidade sentem também náuseas e vômitos, podendo chegar a um nível de dor insuportável. Diante disto, esta pesquisa se justifica pela relevância que tem a tomografia computadorizada para diagnosticar de maneira rápida e pontual a localização dos cálculos renais e posterior ação para eliminá-los, aliviando o grande desconforto dos pacientes.

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar a importância da tomografia computadorizada no diagnóstico da urolitíase, como também verificar as características fisiopatológicas da urolitíase, sua evolução e abordagem diagnóstica, destacando e descrevendo o método diagnóstico mais eficiente, dando ênfase às vantagens da tomografia computadorizada em relação a outras técnicas. Assim, balizando o presente trabalho, surge a seguinte questão de pesquisa: qual a importância da tomografia computadorizada no diagnóstico da urolitíase.

Na história da tomografia computadorizada, diferentes tipos de tomógrafos foram desenvolvidos, visando atender a uma demanda sempre crescente por qualidade da imagem. Desde a sua introdução nos anos 70, a TC tornou-se um importante instrumento de imagem suplementando a radiografia e ultrassonografia. Embora seja de alto custo, ela é importante no diagnóstico de inúmeras patologias, pois, produz um volume de dados que podem ser manipulado para demonstrar várias estruturas anatômicas (NÓBREGA, 2005).

Conforme afirma Galvão Filho et al. (2012), dentre as principais indicações para o estudo tomográfico, destaca-se o seu uso na avaliação da urolitíase. Estimada entre 1% e 15%, a prevalência de doença cálculos nos rins varia de acordo com a localização

geográfica, raça ou sexo, entretanto, 13% dos homens e 7% das mulheres serão afetados em algum momento da sua vida. Na população feminina estes números vêm aumentando, foi identificado cerca de 22% para pedras nos rins e 14,5% para pedras nos ureteres. Aferiu-se, ainda, maior incidência de cálculos com o aumento do peso (COLOGNA, 2003).

Dentre os vários tipos de procedimentos neste ramo, existe a tomografia *multislice* do abdome total, é um exame relativamente rápido durando em média 10 segundos. O paciente é colocado em decúbito dorsal com os pés entrando primeiro em direção ao *gantry*. Deve-se zerar o equipamento acima do apêndice xifóide do osso externo no qual a linha horizontal deverá passar pelo meio do abdome do paciente e um único *scout* do plano coronal. Será realizado para aquisição do exame, de tal modo que o *gantry* deverá estar perpendicular à mesa de exame e os cortes deverão ser finos com cerca de 1mm de espessura e de espaçamento, seguindo o sentido súper-inferior iniciando acima do diafragma e terminando abaixo do ísquio, necessitando que as imagens sejam realizadas em apneia. Vale ressaltar, que no diagnóstico da urolitíase não haverá a necessidade do uso de contraste, assim utilizando apenas a fase pré-contraste (FREITAS, 2004).

Conforme explicita Pinho et al. (2003), os meios que utilizam contraste o fazem com o intuito de melhorar a qualidade da imagem para análise, contudo, podem gerar reações inesperadas nos pacientes, uma vez que uma substância estranha estará na circulação sanguínea. Para a mesma autora, por meios de contraste iônicos e não iônicos de vários compostos, através de equipamentos que geram irradiação por raios-X (radioterapia) e raios gama (teleterapia).

Partindo desta premissa, o uso da TC para diagnóstico da urolitíase está entre as mais novas tecnologias e é um assunto relevante no contexto da radioterapia, cabendo constantes estudos e pesquisas. Para isto, é necessário desenvolver e expandir a estratégia de mercado sobre este assunto, explicar e esclarecer, nos principais meios de comunicação, inclusive nas escolas e universidades.

Diante deste fato, *workshops*, campanhas e palestras foram meios que abririam espaço para que ela seja cada vez mais utilizada. De fato, conhecer o funcionamento de novas tecnologias favorece o diagnóstico e auxilia no tratamento de patologias que causam dor e complicações para pacientes. Tal ação é confortante e resulta em uma maior

confiabilidade do trabalho do profissional de saúde, o que torna ainda mais interessante a aplicação dos novos recursos.

METODOLOGIA

O trabalho em comento está ancorado sob a ótica da pesquisa bibliográfica sistemática. É uma maneira apurada de encontrar conteúdos através da comparação entre muitos títulos. Estabelece uma linha de coerência, onde a data ou mesmo o sistema de busca poderá implicar em menor ou maior abrangência. Utiliza-se de meios eletrônicos na composição dos resultados. Desta forma, os arquivos podem ser selecionados através de uma característica, como o local, data ou abordagem. Neste sentido:

Essa técnica permite planejar a revisão a fim de obter respostas para questões específicas, utilizando métodos explícitos e sistemáticos de identificação, seleção e avaliação crítica das pesquisas que farão parte da revisão, evitando assim o viés a tendenciosidade que podem ser contadas mais tradicionais revisões narrativas (ULBRICHT; VANZIN; QUEVEDO, 2014, p. 188).

Através dela, o pesquisador, elaborando um planejamento específico, visa responder perguntas de pesquisa através de identificação, seleção e avaliação de resultados minuciosamente analisados. Desta feita, através deste método, pode-se criar uma estrutura confiável de estudo, evitando as tendências.

A metodologia divisão sistemática é um esquema de revisão analítica criada por um algoritmo explícito, que permite realizar uma pesquisa transparente e reprodutível, melhorando consideravelmente os resultados da revisão de literatura. Envolve, além do suporte da teoria, uma ampla investigação em relação ao conjunto de opções dentro do campo de pesquisa, sob uma esfera nacional e internacional. (OBREGON; VAZIN; ULBRICHT, 2015, p. 115).

É importante frisar que, durante o processo de coleta de informações, a escolha das palavras-chave, a base de dados, os critérios de pesquisa e o tipo de amostra são os elementos que diferenciam a qualidade do trabalho. A escolha das palavras-chave inclui um conjunto de termos que tenham relação com o tema, que de alguma maneira possam trazer contribuições para a pesquisa (DIAS, 2001).

A escolha da base de dados define os contornos da linha do trabalho, assumindo um caminho ao qual o pesquisador pretende seguir. O número de indexações possíveis também

influi na escolha. As bases de dados extensas, apesar de oferecer uma grande variedade de títulos, poderá implicar em dificuldades na escolha. Combinações de palavras também poder ser utilizadas para proporcionar objetividade.

Os critérios de pesquisa estão relacionados aos temas escolhidos e quais deverão ficar de fora do trabalho. É importante no sentido de que determinados títulos podem não estar relacionados com o escopo do projeto, por esta razão devem ser excluídos (MOREIRA, 2005).

A seleção das amostras compreende a leitura dos resumos dos trabalhos separados e sua possibilidade de inclusão na pesquisa. Esta seleção é um filtro importante que deve se alinhar com a questão de pesquisa do trabalho, visando alcançar o escopo do trabalho em menor tempo possível. As obras podem ser comparadas através de tabelas ou sistemas de planilhas para fins de escolha. (MALCON, 2003).

Foi utilizada neste trabalho, a metodologia descritiva para chegar às conclusões (GIL, 2010). A revisão bibliográfica oferece insumos para a apresentação da tecnologia da tomografia computadorizada e aprofundamento no assunto para desta forma analisar e discutir com mais detalhes o conhecimento e uso da TC para diagnóstico da urolitíase.

A elaboração se deu através de um levantamento bibliográfico feito em bases de dados gerais, como Google Acadêmico e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), e outros específicos da Área da Saúde, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME-LILACS) e Biblioteca Nacional de Medicina Norte-Americana (MEDLINE-PUBMED). Não foram usados limites temporais na análise das bases de dados. Além do acesso *online*, também foi feito o levantamento bibliográfico em periódicos e livros disponíveis. No levantamento dos dados foram cruzadas as palavras-chave.

COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA URINÁRIO

O sistema urinário é a união de órgãos responsáveis pela filtração do sangue, composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Desempenha função excretora (excreta produtos de degradação), reguladora (regula os eletrólitos, o equilíbrio ácido/básico e a produção de eritrócitos) e secretora (secreta as prostaglandinas), além de controlar a pressão arterial. Abaixo, na figura 1, é possível visualizar a anatomia básica do sistema urinário (BRITES, 2009).

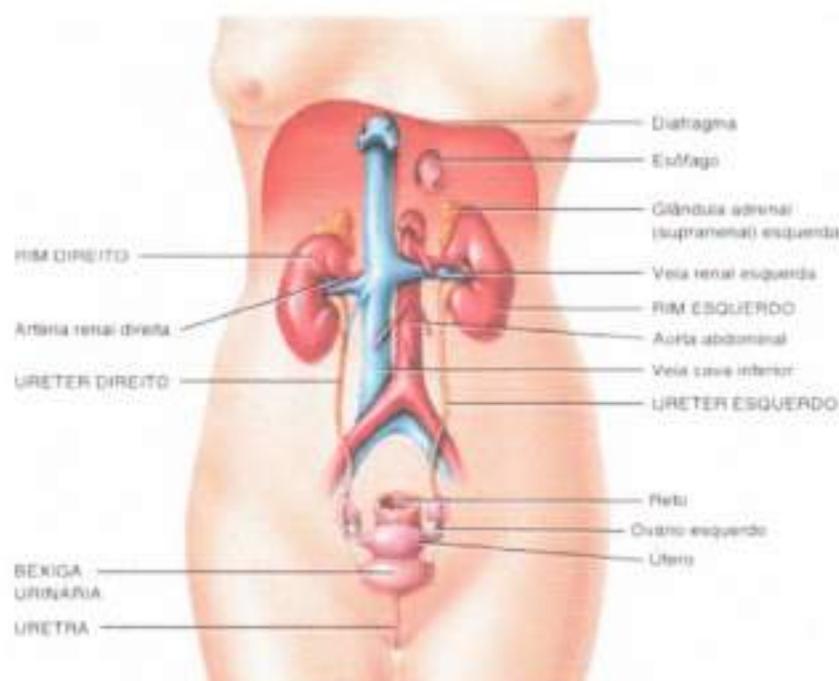


Figura 1: Sistema urinário – Visão geral FONTE: TORTORA; DERRICKSON, 2012, p. 539

De acordo com Netter, Kelly e Landman (2014), os rins se destacam entre os órgãos do sistema urinário por desempenharem a formação da urina por meio das suas unidades funcionais, os néfrons (pequenas unidades filtradoras), que formam um processo dividido em três etapas para formar a urina. Os rins situam-se na região dorsal do corpo e cada um é formado por milhares de néfrons. O néfron é uma estrutura tubular que se inicia numa porção dilatada denominada **cápsula de Bowman**.

No interior destas cápsulas existe uma rede de pequenos capilares que formam o **glomérulo de Malpighi**. Os capilares do glomérulo desembocam em um duto coletor que recolhe as substâncias filtradas. O conjunto substâncias filtradas é chamado de urina primária ou **filtrado glomerular**.

Esta urina primária segue por uma série de alças e dutos até atingir o duto coletor, esses dutos se ligam a outros canais, formando estruturas maiores, que acabam por formar um duto único, chamado de ureter. Durante esse percurso, parte da água e algumas substâncias importantes, como, por exemplo, vitaminas e sais minerais, são reabsorvidos e voltam para a circulação sanguínea. Cerca de 1/5 do ultrafiltrado chega até os néfrons constituindo aproximadamente 180 litros de filtrado diariamente. Do filtrado produzido

diariamente por meio dos rins, 99% são reabsorvidos pela corrente sanguínea, totalizando de 1.000 a 1.500 ml de urina por dia (APPLEGATE, 2012).

DISFUNÇÕES DO TRATO URINÁRIO E SEU DIAGNÓSTICO POR TC

Conforme Tortora e Derrickson (2012), existem várias disfunções ou doenças que afetam os órgãos do sistema urinário. Entre as várias, podemos citar as mais comuns que é a incontinência urinária, a cistite, a nefrite e os cálculos renais que são formados durante os processos de filtração e reabsorção do sistema urinário. Durante estes processos pode ocorrer a formação de pequenos cristais de sais minerais e outras substâncias.

Dependendo do tamanho dos cristais e de características individuais do organismo, estes podem passar despercebidos ou provocar o cálculo renal. No segundo caso, a pessoa sente fortes dores na região dos rins e muita dor ao urinar. Conforme o tamanho do cálculo, ele pode ser eliminado naturalmente com a urina, ou pode ser necessária uma intervenção cirúrgica para a sua remoção.

Entretanto, independente da forma ou tamanho do cálculo, é necessário a realização de exames específicos para diagnóstico apropriado. Antigamente, era solicitada a urografia excretora, no entanto, hoje se sabe que este exame possui pouca sensibilidade para cálculos pequenos e não obstrutivos. Com o aprimoramento das técnicas de radioimagem e novos estudos em saúde, a tomografia computadorizada passou a ser o melhor tipo de exame para diagnóstico desta patologia (BRITES, 2013).

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Na história da tomografia computadorizada, diferentes tipos de tomógrafos têm sido criados. Desde a sua introdução nos anos 70, a TC tornou-se um importante instrumento de imagem suplementando a radiografia e ultrassonografia, também conhecida como tomografia axial computadorizada (TAC), consiste numa imagem que representa uma "fatia" do corpo e é um tipo de exame complementar de diagnóstico por imagem. Após expor o corpo a raios X, um computador processa as informações e forma as imagens. A TC moderna permite que esse volume de dados seja reformatado em vários planos, e até em representações em três dimensões das estruturas (GARIB, 2007).

Diversos tipos de aparelhos foram construídos visando o atendimento de um diagnóstico cada vez mais rápido e com a menor trato invasivo ao paciente, gerando imagens cada vez mais nítidas, desta maneira:

O estudo tomográfico do abdome só ganhou importância a partir de aparelhos com a tecnologia helicoidal, disponíveis comercialmente nos EUA em 1991. Nestas máquinas, o tubo de raios X mantinha rotação contínua, enquanto adquiria as imagens, reduzindo sobremaneira o tempo de exame, a extensão a ser estudada numa única apneia e a dose necessária de contraste 9,10. Posteriormente, no final da década de 90 foram desenvolvidas as primeiras máquinas de múltiplos detectores, com 4 ou mais fileiras, exibindo um ganho extremo de velocidade e resolução espacial dos estudos tomográficos no eixo longitudinal, agora com resolução praticamente semelhante em todos os planos (isométricos), aspecto este observado particularmente a partir de equipamentos com mais de 16 fileiras de detectores (LEÃO FILHO, 2012, p. 8).

Entre as principais indicações para o estudo tomográfico, destaca-se o seu uso na avaliação da urolitíase que são cálculos do trato urinário. Os cálculos tendem a ser assintomáticos até causarem obstrução e conseqüentemente cólica renal ou ureteral. Podem originar de placas de Randall posicionadas no revestimento dos ductos coletores nas papilas renais, que podem se apartar e serem eliminadas ou formar cálculos, instalados frequentemente na região das papilas e cálices. Nos ureteres, o lugar mais comum de sua localização é a junção uretero-vesical ou na porção pélvica do ureter (FREITAS, 2004).

Composto mais comumente por fosfato de cálcio, oxalato de cálcio e o fosfato amoníaco magnésiano, noventa por cento dos cálculos do trato urinário superior contém cálcio suficiente para serem visualizados na radiografia simples de abdome, entretanto, inúmeros fatores podem causar baixa sensibilidade e especificidade neste tipo de exame, o que não ocorre com a TC que têm se tomado, de acordo com Mazzucchi e Sroug (2009), superior até a urografia excretora (UE). Ainda na concepção dos autores, em 98% dos casos de diagnóstico por tomografia computadorizada, não há necessidade de utilização de contrastes.

Conforme ilustrado na figura 2, observa-se uma tomografia do trato urinário onde a imagem "A" é uma incidência anterior e "B" posterior. Observa-se o notável progresso na localização de cálculos urinários. Com precisão, a tomografia mostra cálculo em ureter proximal direito em posição retrocaval. Na figura 3, observa-se um cálculo na pelve renal

do rim direito, mensurado através da sua densidade, conveniente para prognosticar tratamento pouco invasivo (LEÃO FILHO, 2012).

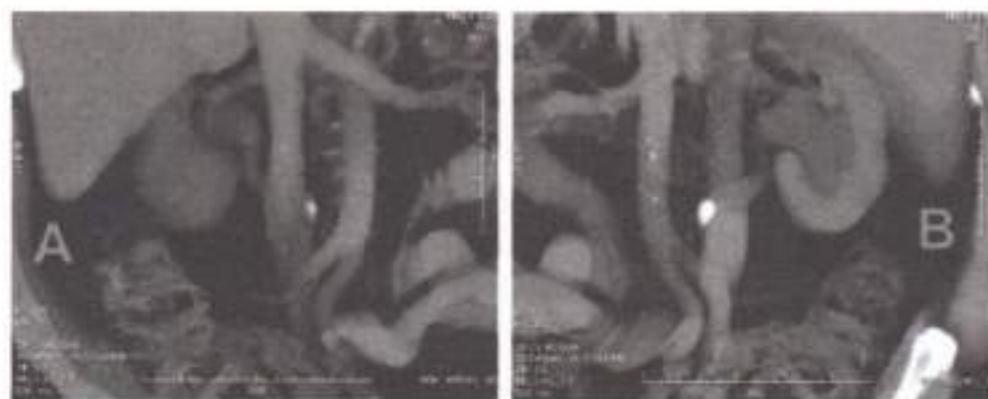


Figura 2: TC do trato urinário. Cálculo em ureter proximal direito em posição retrocaval.
FONTE: LEÃO FILHO, (2012, p. 8).

A tomografia computadorizada, apesar de apresentar sensível melhoria na qualidade da imagem, requer maior especialização por parte do operador, uma vez que se trata de nova tecnologia, o que pressupõe treinamento e especialização. De acordo com Rolim e Martins (2012) o país apresenta relativa carência de treinamentos e pessoal especializada para o manuseio de tais equipamentos.



Figura 3: Cálculo na pelve renal do rim direito.
FONTE: LEÃO FILHO, (2012, p. 8).

O cálculo renal ou urolitíase muda em composição, tamanho e dissolubilidade. Existem cinco tipos predominantes: oxalato de cálcio, fosfato de cálcio, ácido úrico, cistina, estruvita (infectado) e cálculos de tipos mistos. Eles se formam quando o sal e as substâncias minerais que contém na urina formam cristais e estes cristais colam-se uns aos outros aumentando em tamanho que pode variar. Comumente estes cristais são retirados do corpo pelo curso natural da urina, entretanto, em algumas situações eles prendem-se ao tecido renal ou encontra-se em áreas de onde não podem ser expelidos naturalmente. Na grande maioria das vezes os cálculos iniciam a sua formação dentro do rim podendo deslocar-se para outras partes do sistema urinário, como o ureter ou a bexiga e lá desenvolverem-se (FREITAS, 2004) e RIELLA (2011).

Por um longo tempo a urografia excretora (UE), segundo Lopes (2007), foi tratada como melhor opção de exame para pacientes com urolitíase, entretanto, estudos atuais comprovam que este tipo de exame é pouco sensível para cálculos pequenos ou não obstrutivos. A ultrassonografia (US) também é um tipo de exame utilizado para detectar cálculos renais e embora tenha boa sensibilidade, inclusive para detectar cálculos radiotransparentes e hidronefrose. Desta maneira, sua capacidade é variável, pois, depende do tamanho do cálculo, localização, biótipo do paciente e do operador do equipamento de ultrassonografia. A ultrassonografia é, geralmente, o exame inicial, por ser pouco invasivo e através dele ser possível avaliar os rins e as porções finais dos ureteres junto à bexiga.

No ultrassom além de visualizar o cálculo, é possível ver também as alterações decorrentes da presença dele, como dilatações da via excretora, que são sinais indiretos da presença do mesmo. Já na urografia excretora, de acordo com Câmara (2009), é injetada na veia uma substância que é eliminada pelos rins, "desenhando" a via excretora e determinando o local do cálculo. São estas variações que tornam a TC helicoidal ou *multislice* (com multidetectores) o melhor e mais preciso método para diagnóstico de cálculo no trato urinário, pois ela permite uma reconstrução do trato urinário através de imagens, sem a necessidade do uso de contrastes e leva apenas alguns minutos para realização do exame. Além do diagnóstico preciso para urolitíase, a TC oferece também diagnósticos alternativos como litíase biliar, pancreatite aguda, apendicite aguda, etc. (FENELON, 2010).

Diante do exposto, a UE continua sendo considerada o melhor método para visualização do sistema coletor urinário e a TC assumiu o seu lugar como o melhor método para pesquisa de urolitíase devido a sua sensibilidade, especificidade e acurácia que permite a determinação do tamanho, localização e forma precisa de cálculos, além de fornecer diagnósticos alternativos para dor lombar aguda, conforme descrito acima. Estas vantagens fazem da TC um método superior a outros tipos de exames, entretanto, na impossibilidade deste exame, a combinação da radiografia simples do abdome com a US também são apropriados.

Embora menos precisa do que a TC, esta combinação permite a detecção de cálculos (FENELON, 2010), FREITAS (2004). Neste contexto, as vantagens atribuídas à tomografia computadorizada são sensíveis quando se deseja diagnosticar urolitíase do trato urinário e outros problemas, desta forma:

A aceitação da TC para pesquisa de litíase do trato urinário cresceu em virtude de suprimir muitas das desvantagens que os outros métodos de imagem, como a urografia excretora e a ultrassonografia, apresentavam. [...] A TC até hoje mantém a posição de melhor método na avaliação da litíase ureteral, desde o trabalho realizado por Smith *et al.* em 1994 e publicado em 1995. Utilizando-se a técnica adequada, a TC apresenta alta sensibilidade (96% até 100%), especificidade (95% até 100%) e acurácia (96% até 98%) (SOUZA *et al.*, 2006, p.02).

A utilização da TC se destaca em relação a outras técnicas também em relação a constituir-se como elemento agregado aos recursos do computador, tão disseminado em diversas áreas do saber humano. É justamente no tocante à sensibilidade que este recurso se mostra mais atraente aos demais.

OUTROS MÉTODOS UTILIZADOS PARA DETECTAR O CÁLCULO RENAL

De fato, existem vários métodos de imagem disponíveis para diagnosticar a urolitíase em pacientes com cólica renal aguda, entretanto, a TC superou todos os outros métodos disponíveis, por não utiliza contraste iônico e pela possibilidade de avaliação de todo o ureter sem a interposição de alças abdominais, resultando em alta acurácia e rapidez

diagnósticas, além de uma elevada reprodutibilidade, conforme comprovado pelos dados expostos no presente trabalho. Nas figuras 3, 4 e 5 pode-se visualizar, identificar e diferenciar as opções de exames de imagem disponíveis para diagnóstico desta patologia BARROS et al., (2007).

Ressalta-se, neste interim, que cada método deverá ser aplicado conforme o as características peculiares de cada situação e também em função do que se pretende diagnosticar, além da questão econômica envolvida. É justamente no grau de complexidade e no local onde se encontra o problema que a técnica específica deverá ser indicada pelo profissional em medicina.

A tabela 1 ilustra algumas diferenciações entre os procedimentos por imagem aqui discutidos, bem como algumas limitações. Verifica-se que um fator relevante na utilização da tomografia computadorizada está na questão da alta sensibilidade e qualidade das imagens, o que contrasta com seu alto custo.

Tabela 1 – Comparativo entre os métodos de diagnóstico por imagem

Método	Fonte	Radiação	Atuação	Desvantagem	Características	Sensibilidade	Limitação
TC	Raios-X	Sim	Órgãos, ossos, tecidos moles	Alto Custo	Imagens em 3d	Alta	Menor resolução espacial, dificuldade de gerar imagens rodeadas por muitos ossos, presença de metais no paciente gera imagens "estreladas".
Radiografia	Raios-X	Sim	Órgãos, ossos	Média nitidez	Baixo custo	Média	Distorções na imagem (superposição), método quantitativo,
Ultrassonografia	Ondas de som	Não	Tecidos Moles	Não visualiza parte óssea interna	Não invasivo, tempo real	Média/ Alta	Não verifica partes muito internas

Fonte: Próprio autor



Figura 4: Urolitíase. US renal evidencia importante hidronefrose (asterisco) devido à litíase. FONTE: MONTEIRO; LIMA; RIBEIRO (2009, p. 20)



Figura 5: Urolitíase. Radiografia simples destacando cálculo (seta) no rim esquerdo. Fonte: MONTEIRO; LIMA; RIBEIRO, (2009, p. 20)



FIGURA 6: Urografia excretora. A. Rim esq.. B. Ureter medial esq.. C. ureter distal esq. D. Rim Dir. FONTE: BONTRAGER; LAMPIGNANO (2015, p. 107)

Segundo afirmam Souza *et al.* (2006) e Freitas (2003), a evolução tecnológica dos tomógrafos foi relevante, pois aumentou sua precisão diagnóstica e reduziu o tempo de exame fazendo da TC uma ferramenta precisa na avaliação da dor lombar aguda. A TC vem sendo cada vez mais solicitada para pesquisa de litíase do trato urinário, este aumento se deu devido às suas vantagens em relação a outros métodos de imagem. A ultrassonografia combinada com a radiografia convencional pode ser alternativa valiosa em relação à TC, mas somente em casos selecionados. De um modo geral, a urografia excretora e a ultrassonografia, apresentam desvantagens entre elas, destacando a utilização de contraste iônico, dificuldade para a avaliação de todo o ureter e a interposição de alças abdominais. Já a TC não apresenta estas desvantagens e além da rápida realização, possui alta sensibilidade no diagnóstico de litíase urinária. Por esta razão a TC deve ser empregada principalmente quando a avaliação inicial for duvidosa, tanto para obstrução ureteral quanto para causas alternativas ou quando a intervenção urológica é considerada necessária.

Para Souza *et al* (2006), as únicas desvantagens ou exceções conhecidas da TC em relação à combinação da US com a radiografia simples são nos casos em que os pacientes

fazem uso de inibidores da protease. Já Leite (2007), ressalta a radiação como um fator importante a ser considerado em estudos de TC do abdome.

Entretanto, ele observa que inúmeros estudos têm sido desenvolvidos no sentido de reduzir a dose de radiação em exames de TC abdominal, adotando as mais diversas estratégias, entre estas, a eliminação de algumas das fases de estudo parece ser uma maneira prática e segura, desde que se garanta a confiabilidade diagnóstica do exame. Freitas (2003) corrobora com Leite (2007) quando destacam ainda o custo relativamente alto do exame de TC como desvantagem.

Contudo, para Nóbrega (2005), a TC de um modo geral, tem sido considerada o método de diagnóstico por imagem mais preciso para cálculos do trato urinário, sendo que alguns autores defendem o uso inicial da US associada a radiografia convencional devido a acurácia diagnóstica semelhante a da TC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande avanço da tecnologia beneficiou os equipamentos de TC nos últimos anos, principalmente após a chegada da tecnologia multidedectores. Estes avanços fizeram crescer a utilização da tomografia computadorizada como um importante método de diagnóstico e também acrescentar a complexidade de alguns protocolos de estudo abdominal.

Com este estudo pode-se observar que os diagnósticos para urolitíase através da TC foram significativamente valorizados pelos médicos e especialistas nas patologias em questão. De fato a TC *multislice* vem sendo considerada o método mais preciso no diagnóstico por imagem de cálculos do trato urinário, por apresentar elevada reprodutibilidade (alta sensibilidade e especificidade), rapidez na realização e por ser um exame não invasivo. Entretanto, o método ideal pode ser o de menor custo para o paciente e de boa resolatividade. Considerando as observações de alguns autores, na impossibilidade da realização da TC, a combinação da radiografia simples do abdome com a US também são apropriados.

Embora, menos precisa do que a TC, esta combinação permite a detecção de cálculos e pode tranquilamente ser utilizada como opção inicial para diagnóstico. Contudo, são relevantes e notáveis os avanços na tecnologia da imagem clínica, em especial aqueles ligados a tomografia computadorizada e de todas as informações que podem ser obtidas através deste método diagnóstico na avaliação da urolitíase.

A presença de novas tecnologias na área médica pressupõe que haja treinamento continuado por parte dos profissionais envolvidos com a saúde. Desta forma, o caminho da qualificação técnica é uma competência necessária à capacitação e suprimento das novas demandas. Em particular, os tomógrafos computadorizados requerem conhecimento aprimorado por seus operadores, sendo instrumentos de alto custo e sensíveis em sua operação.

REFERÊNCIAS

- APPLEGATE, Edith J. **Anatomia e Fisiologia**. 4a. ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- BARROS, Elvino (et. al). **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BAZZO, Walter Antonio; PEREIRA, Luis Teixeira do Vale; LINSINGEN, Irlan Von. **Inovação tecnológica ou inovação social?** Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia. Rio de Janeiro, 2003.
- BONTRAGER, Kenneth L.; LAMPIGNANO, John P. **Tratado de Posicionamento Radiográfico e Anatomia Associada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- _____, Walter Antonio et al. **Introdução aos Estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade)**. Cuadernos de Iberoamérica. Madrid: OEI, 2003.
- BRITES, Alice Dantas. **Sistema endócrino: Regulação e controle das funções do corpo**. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/biologia/sistema-endocrino-regulacao-e-controle-das-funcoes-do-corpo.htm>>. 2013. Acesso: 12 nov 2015.
- CAMARA, da R. Fernando. **Introdução à urologia clínica para o médico geral**. São Paulo: UNESP, 2009.
- COLOGNA, Adauto José (et al). Urolitíase no alotransplante renal. **Acta Cirúrgica Brasileira**. Vol 18 (Supl 5). 2003.
- DIAS, Teresa Cristina Lyporage (et al). Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermem**, Brasília 2011 set-out; 64(5): 931-7.
- FENELON, Sandro. **Tomografia Computadorizada Helicoidal Multislice na Urolitíase**. In: Radiologia e Diagnóstico por Imagem para médicos clínicos e cirurgiões. 2010. Imaginologia.com.br. p. 01.
- FREITAS, Ricardo Miguel Costa de. Avaliação dos métodos de imagem no diagnóstico da urolitíase: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Radiologia**. Vol 37 nº 4, São Paulo, Jul/Ago. 2004.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GALVÃO FILHO, Mário de Melo (et al). O valor da tomografia computadorizada helicoidal sem contraste na avaliação de pacientes com dor no flanco. **Revista de Radiologia Brasileira**. vol.34 no.3 São Paulo Mai/Jun 2001.

GARIB, Daniela Gamba. Tomografia computadorizada de feixe cônico (Cone beam): entendendo este novo método de diagnóstico por imagem com promissora aplicabilidade na Ortodontia. **Revista Dental Press Ortop Ontop Facial**. Maringá, v. 12, n. 2, p. 139-156, mar./abr. 2007.

LEÃO FILHO, Hilton Muniz. **Avanço da tomografia na caracterização de cálculos urinários**. In: Médico Radiologista do Hospital do Coração. V 2. N. 1. 2012. HCOR – SP. Revista UroABC jan/Abr.

LEITE, Ana Paula Klautau. O valor da fase sem contraste na tomografia computadorizada do abdome. **Radiologia Brasileira**. São Paulo, v.41, n.05, p.289-296, setembro-outubro. 2006.

LOPES, Antonio Carlos (coord). **Diagnóstico e Tratamento**. Vol. 3. São Paulo: Manole, 2007.

MALCON, Maura C. (et al). Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 13(4), 2003.

MAZZUCCHI, Eduardo; SROUGI, Miguel. O que há de novo no diagnóstico e tratamento da litíase urinária?. **Rev. Assoc. Med Bras**. 2009; 55(6): 723-8.

MONTEIRO, Alexandra Maria. V.; LIMA, Claudio Márcio de O.; RIBEIRO, Érica B. **Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático**. Artigos de Revisão. 2009. RJ. p.01-32.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

NETTER, Frank Henry; KELLY, Christopher R.; LANDMAN, Jaime. **Coleção Netter de Ilustrações Médicas**. Volume 5. Sistema Urinário. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

NÓBREGA, Almir Inácio da. **Manual de Tomografia Computadorizada**. 1a. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

PINHO, Kátia Elisa Prus (et al). Avaliação de meios de contraste submetidos à radiação ionizante. **Radiol Bras**. Set/Ou. 2009;42(5):309-313.

RIELLA, M. C. PRÓ RENAL: Cálculo Renal ou Urolitíase. **Pró-Renal Brasil**. 2011. Disponível em: http://www.pro-renal.org.br/renal_031.php. Acesso em: 17 out 2015.

ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas; MARTINS, Monica. **O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil**. **Rev Bras Epidemiologia**. 2012; 15(1): 179-87.

SOUZA, Luis Ronan Marquez Ferreira. (et al). Avaliação da concordância interobservador na análise da tomografia computadorizada sem contraste no diagnóstico da urolitíase em pacientes com cólica renal aguda. **Rev Radiol Bras**. vol.39 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2006.

TORTORA, Gerard. J; DERRICKSON, Bryan. **Corpo Humano**: Fundamentos de anatomia e fisiologia. Porto Alegre: Artmed, 2012.

O PROGRAMA DE MONITORIA E APRENDIZADO DOS DISCENTES DA FACULDADE IRECÊ FRENTE À SAE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mayara Querino de Oliveira¹ ; Mirla dos Santos Maciel²; Auba Alves de Freitas³; Quêuam Ferreira Silva de Oliveira⁴

¹Técnica de Enfermagem e Graduanda do curso de enfermagem na Faculdade Irecê - FAI.
mayaraoliveira240694@gmail.com

²Graduanda em Enfermagem na Faculdade Irecê - FAI. win.mirla@hotmail.com

³Bacharel em Enfermagem pela Universidade Católica de Salvador, especialização em enfermagem neonatal, especialização em enfermagem em Nefrologia, MBA executivo em Saúde-gestão hospitalar, Auditora do SUS e da saúde complementar, docente na Faculdade Irecê - FAI. aubafreitassms@gmail.com

⁴Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, especialista em Nefrologia, docente da Faculdade Irecê-FAI.

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade expor as dificuldades enfrentadas pelos discentes do Curso de Enfermagem da Faculdade Irecê - FAI, referente ao planejamento da Sistematização de Assistência de Enfermagem - SAE. Para isso, foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica, como base para construção do artigo. Desta forma, o estudo discutirá sobre a realidade vivenciada pelos discentes, em relação ao aprendizado do processo de enfermagem, a importância da SAE no processo de formação acadêmica e dialogar sobre as dificuldades dos mesmos em relação à construção da SAE.

Palavras chaves: Sistematização de Assistência de Enfermagem; Simulação realística; dificuldades dos acadêmicos.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é a utilização de método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, que embasam as ações de assistência de enfermagem e que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (NERY et al, 2013). Nesse contexto, percebe-se a fundamental importância desse instrumento na assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, a fim de atender as necessidades básicas de cada indivíduo, respeitando sua individualidade.

O planejamento de toda assistência ao indivíduo está intrinsecamente ligado a um processo de trabalho pré-estabelecido, uma sequência de condutas que visam ordenar por etapas o atendimento, acolhimento e assistência ofertada.

Desde 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art. 11, alínea c, "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1)

Privativamente...”c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”(2). Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada(3).

De acordo com a resolução do COFEN 358/2009 a SAE é dividida em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Ainda de acordo com essa resolução, o processo de enfermagem deve ser realizado em todos os ambientes onde houver assistência de enfermagem. Cabendo privativamente ao enfermeiro a liderança da execução e avaliação do processo.

O COFEN enfatiza através da resolução nº. 272/2002 a necessidade de aplicação da sistematização da assistência na prática cotidiana da enfermagem em seus diferentes cenários de trabalho: uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, cabendo apenas ao enfermeiro seu planejamento, organização, execução e avaliação. (COFEN - 272/2002).

A realização da SAE propicia ao enfermeiro maior conhecimento do indivíduo e de suas necessidades, possibilita intervir mais precisamente nas limitações ocasionadas pelo estado patológico do paciente, promove uma qualidade de trabalho prestado, assim como uma ampla segurança de todas as ações realizadas, a fim de garantir um atendimento com características únicas, individuais e direcionadas, que atenda às necessidades limitadoras e incapacitantes de cada indivíduo no seu processo de adoecimento.

A realização da SAE eleva a qualidade e a segurança das ações da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado, quanto à enfermeira, que registra e dá visibilidade ao processo de enfermagem. (CECHINEL et al, 2012).

Ciente de todo o planejamento necessário para implantação da SAE emprega-se um primeiro instrumento de ampla importância, organizado por etapas distintas e inter-relacionadas, que visam seguir uma ordem de procedimentos e condutas que dão maior visibilidade ao papel da enfermagem na assistência. Trata-se do processo de enfermagem

um relevante instrumento de metodologia do trabalho da enfermagem dirigida para a resolução de problemas, norteando tomada de decisões, propondo cuidados individualizados, em base ordenada, de forma que possibilite uma assistência organizada, particular, ética, integral e humanizada.

Segundo KOERICH (2007), a expressão processo de enfermagem tem sido usada, desde os anos 60, como proposta para sistematizar a assistência de enfermagem, priorizando o relacionamento interpessoal da enfermeira com o paciente. No Brasil, o modelo de Horta, com base no atendimento as necessidades humanas básicas, tem sido o mais utilizado, tanto no modelo original preconizado pela autora, quanto com adaptáveis de acordo com as características dos serviços e especificidades dos pacientes.

O Processo de Enfermagem - PE é constituído das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem; Exame físico; Diagnóstico; Evolução do paciente frente aos cuidados prestados; e Prescrição de Enfermagem. Cada etapa proporciona ao enfermeiro uma visão do indivíduo em sua integralidade, para que assim possa analisá-lo adequadamente de forma a proporcionar cuidados condizentes com suas necessidades. (COFEN - 272/2002)

De acordo com Potter et al (2013), a enfermeira se comunica com os clientes e familiares para coletar dados de investigação significativa, fornece orientações e interage diretamente, utilizando a comunicação terapêutica para promover o crescimento pessoal e a consecução dos objetivos relacionado à saúde. De certo, compreende-se a comunicação como elemento necessário na abordagem do aluno ao paciente, devendo ser exercitado no ambiente acadêmico, o que proporcionará experiência pessoal vivenciada pelo aluno nas atividades práticas, a fim de facilitar a execução de cada etapa do processo de enfermagem, como também aperfeiçoar a capacidade de desenvolvimento das habilidades de comunicação, pensamento crítico e criatividade.

Desta forma, é necessária uma abordagem de maneira eficiente, clara e objetiva que busca uma maior compreensão por parte dos discentes em relação ao processo de enfermagem, a fim de obter uma maior habilidade frente à construção da SAE, objetivando-se uma concepção unificada e concisa das etapas desse processo. De acordo com o que foi analisado e debatido, percebe-se que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê, gira em torno da compreensão e construção das etapas do Processo de Enfermagem, induzindo a uma deficiência na aprendizagem e dificuldade de praticá-las.

Portanto este estudo objetivou expor as principais dificuldades dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê referente ao planejamento e construção da SAE, propondo uma maior reflexão sobre a importância do processo de ensino aprendizagem. Desta forma, o mesmo discutirá sobre a realidade vivenciada pelos discentes, capacidade de comunicação ao paciente e em relação ao aprendizado do processo de enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência desenvolvido por discentes da Monitoria da disciplina Processo do Cuidar em Enfermagem I e II – PCE I e PCE II, do Curso de Bacharelado de Enfermagem da Faculdade Irecê FAI, acerca das dificuldades encontradas pelos discentes do 4º e 5º semestre do Curso de Enfermagem, sobre a construção das primeiras etapas do Processo de Enfermagem. É nesse período que os discentes são apresentados a essa disciplina onde iniciam as práticas hospitalares, aprendem o conceito sobre SAE, a importância da implantação da mesma nas instituições de saúde e as fases do processo de enfermagem. As atividades práticas desenvolvidas na instituição de ensino, como as simulações realísticas têm como objetivo aproximar os alunos da prática hospitalar. Essas compreendem a realização do histórico familiar e clínico do paciente, anamnese e exame físico, verificação de sinais vitais, levantamento dos possíveis diagnósticos de enfermagem, além da elaboração das intervenções e execução de cuidados de enfermagem.

Para isso, é aplicado como instrumento de ensino - estudos de casos clínicos tanto em período das práticas em laboratório, como a discussão clínica em aulas práticas hospitalares. Desta forma percebe-se que o trabalho da monitoria possibilita ao aluno autonomia frente às demandas e experiências da vivência profissional. Para isso, é utilizada como embasamento teórico as seguintes referências: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2015-2017), Athikson (2013), Carpenito (2006), entre outras bibliografias.

No primeiro momento houve uma reunião para a apresentação do projeto de monitoria das disciplinas Processo do Cuidar em Enfermagem I E Processo do Cuidar em Enfermagem II, com a presença das monitoras responsáveis pelo presente estudo sob orientação da Enfermeira Auba Alves de Freitas que respondia pelas disciplinas anteriormente e a professora atual da disciplina a Enfermeira Queuam Oliveira, a fim de

estabelecer os pontos que embasariam a prática, e posteriormente este estudo, sendo debatidas as dificuldades enfrentadas pelos alunos e apresentando o plano de atividades que serão exercidas pelas monitoras da disciplina em questão. Na ocasião foram propostos diversos subtemas para serem abordados pelos monitores, dentre eles estão: estimular as práticas de simulação realística e estimular as discussões de casos clínicos. Baseados nessas propostas deram início aos trabalhos da monitoria no dia 31 de julho de 2017, foi apresentado no dia anterior o programa de monitoria nas turmas do 4º e 5º semestre, visando o conhecimento e motivando os alunos a participarem dos encontros nas datas pré-estabelecidas.

Posteriormente sob orientação da coordenadora do NUPPEX – Núcleo de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão, foram sugeridos temas para abordagem no presente estudo. Para isso, a mesma disponibilizou o Manual de Normas para Produção de Artigo Científico, a fim de nortear a construção científica. Assim, marcou-se a realização da primeira simulação realística. A prática aconteceu no laboratório de Enfermagem da Faculdade Irecê, no dia 02 de Agosto de 2017, com início as 15h00min e término por volta das 18:00h, contou-se com a presença de 05 (cinco) discentes do 5º semestre do Curso de Enfermagem. A princípio foi debatido juntamente com os discentes acerca das suas expectativas e dificuldades em relação à monitoria e a disciplina. Como também foram explicados os objetivos a serem alcançados na referida simulação realística, os pontos a serem elucidados, além da obtenção do parecer das monitoras acerca das percepções frente à atuação dos discentes participantes.

Portanto, com esse trabalho buscou-se obter uma visão unificada sobre as limitações, dificuldades e percalços enfrentados pelos discentes na disciplina de PCE I E II, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Desta forma este projeto contribui para o processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem, demonstrando a percepção dos acadêmicos, como também aprimorando a prática profissional dos mesmos. Desta forma, para construção deste artigo o mesmo foi subdividido em eixos distintos para melhor compreensão do estudo, sendo eles: introdução, dificuldades dos discentes em relação à construção da SAE, propor/elencar ideias para melhor compreensão do Processo de Enfermagem, metodologia, resultados e discussões e considerações finais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se por meio desse estudo descrever a experiência do graduando de enfermagem frente às práticas vivenciadas no âmbito acadêmico. Para isso utilizou-se como metodologia de avaliação a realização de uma simulação realística, onde o aluno foi exposto a uma situação paralela a realidade encontrada na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Através da percepção das monitoras foi possível analisar as limitações dos discentes em relação à SAE, realizado no laboratório de enfermagem da referida instituição.

Nas aulas práticas, os cuidados aos pacientes são experiências que geram ansiedade nos estudantes de enfermagem. Para alguns acadêmicos, a clínica é o período mais estressante do curso de graduação, e os seguintes fatores estão relacionados à angústia, inexperiência, medo de cometer erros e condições de avaliação (BECK, SRIVASTAVA 1999 apud TEIXEIRA 2011). Baseado nessa afirmação se torna relevante a participação desses alunos nas atividades do Programa de Monitoria oferecido pela instituição acadêmica, proporcionando assim o primeiro contato, desenvolvendo habilidades para lidar com as diversas reações frente às práticas e intervenções com o paciente, bem como treinar a abordagem inicial frente a este, visto que a comunicação é de fundamental importância para se obter um processo de cuidado eficiente.

Nesse contexto a monitoria se configura como uma atividade executada em parceria entre o acadêmico/monitor e o professor-orientador da disciplina referente, portanto, o trabalho de monitoria deve estar em harmonia com a ementa disciplinar do professor, que serve como base para o planejamento do Plano de Ação. Sendo assim a disciplina de Processo de Cuidar em Enfermagem I e II tem como objetivos específicos entre outros, a estimulação do relacionamento interpessoal do enfermeiro com a equipe multiprofissional, usuário e família, como também aplicar uma metodologia científica para Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da coleta de dados, identificação dos problemas de enfermagem, visando à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados.

A experiência de simulação promove o pensamento crítico dos estudantes, contemplando cinco fatores: objetivos, fidelidade, solução do problema, apoio e feedback (JEFFRIES, 2007 apud TEIXEIRA 2011).

Compreende-se a atividade de monitoria como uma modalidade de ensino e aprendizagem que contribui para a formação acadêmica, nesse sentido, será apresentada a dinâmica processual de organização e desenvolvimento das atividades de monitoria sendo elas: Acompanhar e orientar os estudantes nas atividades desenvolvidas em classe, conforme a necessidade; estimular as práticas de simulação realística e as discussões de casos clínicos, aplicar atividades, conforme o desenvolvimento do cronograma das disciplinas, bem como desenvolver estratégias de fortalecimento do aprendizado e adesão dos alunos nas seções de monitoria.

Posteriormente foram analisados pelas monitoras três aspectos relacionados à atuação dos discentes, foram eles: o conhecimento sobre a SAE; as facilidades e dificuldades no processo de aplicação da SAE e as percepções frente à elaboração das etapas do processo de enfermagem (Diagnósticos, intervenções e resultados esperados).

Com esse estudo foi possível analisar as limitações dos discentes frente às situações reais e dinâmicas, onde foi apresentado um caso clínico pré elaborado pelas monitoras, objetivando-se analisar a elaboração da SAE pelos alunos, com isso foram constatadas as seguintes suposições: dificuldades na identificação dos problemas e relação com os reais e possíveis diagnósticos de enfermagem, os discentes não conseguiam relacionar os sintomas com os reais diagnósticos contidos na taxonomia do NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2015-2017), falta de familiaridade com as terminologias usadas, dúvidas sobre a estrutura da SAE onde anteciparam etapas do processo de enfermagem, fugindo da real estrutura da SAE. Com isso é possível correlacionar um estudo de Monografia onde Mesquita (2015) relata algumas das limitações encontradas:

Os resultados nos apresentam que os acadêmicos entendem a SAE como uma ferramenta de organização do trabalho do enfermeiro; dessa forma percebeu-se que alguns não entendem o que são os diagnósticos de enfermagem, confundindo com as intervenções; compreendemos também que a SAE oferece autonomia profissional, ajuda na tomada de decisões; alguns acadêmicos referem ter tido orientações sobre a SAE na faculdade, nas disciplinas de bases técnicas, teorias da enfermagem, administração, enquanto outros dizem não ter sido oferecido; segundo os discentes, as dificuldades para a institucionalização da SAE é a falta de conhecimento dos enfermeiros, o ambiente de trabalho, e a própria formação acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo possibilitou evidenciar a visão dos acadêmicos sob a perspectiva de planejamento e construção da SAE, possibilitando a observação do conhecimento básico que os discentes detinham, em relação à sistematização de assistência da enfermagem como um processo de coordenação com etapas inter-relacionadas, que trazem como resultado o oferecimento de uma assistência integrada e de qualidade. Todavia esse pré-conhecimento ainda se caracteriza insuficiente quanto às necessidades de formulação por etapas, no caso do processo de enfermagem, sendo compreendido parcialmente, quando não, erroneamente.

Compreende-se também a grande importância da introdução de disciplinas que abrangem a teoria correlacionada com prática em gerenciamento e administração nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, analisando a experiência dos discentes em relação ao processo de construção de habilidades administrativas e de gerência em enfermagem e não somente das atividades assistenciais. Desta forma são desenvolvidos novos enfermeiros capacitados para o gerenciamento do cuidado, evidenciando que gerenciar é possuir habilidades além de assistenciais, como também esquematizar, estabelecer, e delinear estratégias que beneficiem uma assistência de enfermagem apropriada.

De acordo com o exposto, se faz de extrema relevância, um maior enfoque acerca dos aspectos pedagógicos/metodológicos, sobre a prática assistencial do ensino do Processo de Enfermagem, da referida disciplina, e que se busque maior diversidade/inação no ensino, como por exemplo, cursos/minicursos de extensão, estudos de casos em campo, disciplinas específicas sobre a SAE que busque aplicabilidade do conhecimento teórico na prática, entre outros. Visando a formação de profissionais críticos e reflexivos, comprometidos em transformar as práticas do cuidado no meio em que vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, Leslie D; MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de Enfermagem, introdução ao processo de enfermagem. Editor Guanabara, Rio de Janeiro, 2013.

BECK, D.; SRIVASTAVA, R. Perceived level and source of stress in baccalaureate nursing students. *J. Nurs. Educ.*, v.30, n.3, p.127-32, 1999.

CARPENITO, Lynda Juall Moyet. Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica. Edição 11. Porto Alegre, Artmed, 2009.

CECHINEL, Caroline; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; BECKER Denise; LANZONI, Gabriela Marcellino de Mello; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a Sistematização da Assistência de Enfermagem. RevEnferm UFSM 202 Jan/Abr;2(1):190-197 resolução 358/2009.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras [online]. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>, [acesso em 24 maio 2017].

GONÇALVES, Lucimar Ramos Ribeiro; NERY, Inez Sampaio; NOGUEIRA Lidya Tolstenko; BONFIM Elisiane Gomes. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. Escola Anna Nery R Enfermagem, 2007.

GUILHERME, Fábio José de Almeida; LIRA, Lucilo de Araújo; VELOZO, Sheila dos Santos; HENRIQUE, Marta Cascon; SOUZA, Danielle Costa de; JESUS, Rodrigo Francisco de. A inserção da simulação como estratégia no aprendizado de acadêmicos de enfermagem. Revista rede de cuidados em saúde. ISSN 1982 - 6451.

KRAUZER, I. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: um Instrumento de Trabalho em Debate. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teedesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1391>. Acesso em: 24 Maio 2017.

MENESES SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. RevEscEnferm USP. 2011;45(4):953-8.

MESQUITA, Walef da Rocha. A percepção de acadêmicos do curso de enfermagem bacharelado sobre a sistematização assistência de enfermagem (SAE). Monografia. Maio, 2015.

MODESTO, C.L; PORTELA, R.B.M; AMORIM, F.C.M; RIBEIRO, I.P.R; BRANCO, F.M.F.C; LAGO, E.C. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem. Revista Interdisciplinar. V. 7, n. 1, p. 113-122, 2014.

NANDA, Diagnósticos de Enfermagem da NANDA internacional. Porto Alegre (2015-2017). ARTMED, 2013.

NERY, Inez Sampaio; SANTOS, Ariane Gomes dos; SAMPAIO, Maria do Rozário de Fátima Borges. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. Enfermagem em Foco, 2013.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin; STOCKERT, Patricia A.; HALL, Amy M. Fundamentos de Enfermagem. 8ª Edição, 2ª Tiragem. Elsevier, Rio de Janeiro 2013.

TEIXEIRA, L.N.D.O.; FELIX, J.V.C. Simulation as a teaching strategy in nursing education: literature review. Interface - Comunic. Saúde, Educ. 2011.

TRATAMENTO ETIOLÓGICO EXPERIMENTAL DA DOENÇA DE CHAGAS: ASSOCIAÇÃO DO BENZONIDAZOL COM O CETOCONAZOL

Marcio Cerqueira de Almeida^{1,2}; Sonia Gumes Andrade¹; Marcos André Vannier dos Santos³

Laboratório de Chagas Experimental, Autoimunidade e Imunologia Celular, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-Fiocruz, Salvador, BA, Brasil;

² Docente, Faculdade Irecê – FAI; marcioalmeidaprofessor@gmail.com

³ Laboratório de Biologia Parasitária, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz-Fiocruz, Salvador, BA, Brasil.

RESUMO

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Para o tratamento etiológico o benzonidazol (BZ) é o medicamento de escolha. A eficácia terapêutica dos compostos atualmente em uso clínico tem sido questionada, tendo em conta os diferentes índices de cura já registrados na literatura. A associação do BZ, com outros medicamentos poderá potencializar a ação antiparasitária do mesmo. O objetivo da presente investigação foi avaliar o efeito do BZ associado ao cetoconazol (CETO), sobre o curso da infecção aguda pela cepa Y, em camundongos suíços. O tratamento foi feito por via oral a partir do 6º dia pós-infecção e teve duração de 60 dias. *Grupos*: controles não tratados; tratados com 100 mg/kg/dia BZ; tratados com 120 mg/kg/dia CETO; tratados com BZ+CETO. A parasitemia e a mortalidade foram avaliadas a partir do 6º dia pós-infecção, e após o fim do tratamento foram realizados os testes de cura parasitológicos (parasitemia, xenodiagnóstico e hemocultura). Os resultados mostraram uma taxa de mortalidade de 100% para o grupo controle, 0% para os grupos BZ e CETO, e 5,26% para o BZ+CETO; o índice de cura foi de 80% para o grupo BZ, 81,8% para o CETO e 100% para o BZ+CETO. Em conclusão, o tratamento combinado do BZ com o CETO não determinou aumento significativo dos índices de cura.

Palavras-chave: doença de Chagas; *Trypanosoma cruzi*; benzonidazol; cetoconazol.

INTRODUÇÃO

Desde a descoberta da doença de Chagas em 1909, os avanços da medicina vêm permitindo uma melhor compreensão dos mecanismos que regem essa enfermidade, o que é imprescindível para proporcionar novas opções terapêuticas e, assim, uma maior sobrevivência aos portadores da doença de Chagas. Entretanto, a doença ainda é considerada como um sério problema de saúde pública. Em junho de 2006, o Brasil recebeu uma certificação relativa à eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo principal vetor (*Triatoma infestans*) e pela via transfusional, concedida pela OPS/OMS (DIAS, 2006).

Entretanto, outras espécies continuam sendo encontradas em nosso território (MASSARO *et al.*, 2008; DIAS *et al.*, 2016). Além disso, a transmissão oral, através de alimentos contaminados, foi registrada em diversos estados brasileiros (ANDRADE *et al.*, 2011; COURA, J.R., 2015). As opções de tratamento da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* são limitadas, fazendo com que milhões de pacientes ainda necessitem de um tratamento mais eficaz, menos tóxico, de facilidade de administração em período curto e que pode promover a cura.

O tratamento desta parasitose ainda depende de dois medicamentos desenvolvidos na década de 70: o nifurtimox (BOCK *et al.*, 1972) e o benzonidazol (RICHLE, 1973). Contudo, ambos os compostos apresentam limitações quanto à eficácia e a tolerabilidade (RASSI *et al.*, 2012). O benzonidazol é um medicamento tóxico que pode induzir reações adversas, podendo levar à descontinuação do tratamento, entretanto é o fármaco mais efetivo para o tratamento etiológico (SILVA FILHO, J.D *et al.*, 2017). A administração de um grande número de doses por um período longo pode causar sérios efeitos colaterais aos pacientes, como anorexia, depressão do sistema nervoso central, polineuropatia periférica e dermatite, que levam à interrupção do tratamento pelo médico (CANÇADO, 2000). Além disso, diferentes cepas do *T. cruzi* têm demonstrado nitidas diferenças de suscetibilidade aos quimioterápicos benzonidazol e nifurtimox (ANDRADE e FIGUEIRA, 1977). As variações quanto ao grau de resistência foram relacionadas com os diferentes biotopos (ANDRADE, 1985a). Estes estudos caracterizaram as cepas de Tipo I (Y e Peruana) como de alta suscetibilidade, as de Tipo II (cepas de São Felipe e Mambai) como de média suscetibilidade e as de Tipo III (Colombiana e Montalvânia) como de alta resistência.

Dessa forma, em decorrência da sua alta prevalência e elevadas taxas de morbimortalidade, a busca por fármacos que possam combater eficazmente o *T. cruzi* na fase aguda, assim como na fase crônica da doença, levando à cura caracterizada por resultados parasitológicos e sorológicos negativos vêm sendo o objetivo de diversas pesquisas (BRENER, 1962; ANDRADE *et al.*, 1987; URBINA *et al.*, 2007; ROMANHA *et al.*, 2008; APT, 2010). Ainda assim, tanto do ponto de vista clínico como experimental, o desenvolvimento de um tratamento específico continua sendo um desafio.

Atualmente, as linhas de pesquisas relacionadas à quimioterapia na doença de Chagas estão direcionadas à busca de princípios ativos de plantas (CASTRO, 1993), utilização de drogas com atividade anti-*T. cruzi*, mas que são usadas para diferentes

nosologias (APT, 2011) e também à busca pela identificação de alvos metabólicos específicos do parasito (BACCHI *et al.*, 1995; MENEZES *et al.*, 2006). A tendência atual é que sejam utilizadas combinações de drogas, como sugerido por COURA (2009).

A combinação de fármacos já disponíveis no arsenal terapêutico atual é uma alternativa para o desenvolvimento racional de novas condutas terapêuticas. No tratamento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), por exemplo, a terapia combinada (Terapia Antiretroviral) vem reduzindo consideravelmente a mortalidade e a morbidade, aumentando dessa forma a qualidade de vida dos pacientes com AIDS. Outro destaque da associação de drogas é o tratamento atual da tuberculose que utiliza uma combinação de quatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) prevenindo a resistência adquirida, ao evitar a monoterapia (De SOUZA *et al.*, 2007).

No presente trabalho investigou-se a eficácia da combinação binária de drogas, cuja ação isolada *in vivo* contra o *T. cruzi* tem sido demonstrada, fazendo-se uma associação e testando a ação desta combinação na infecção experimental com a cepa Y do *T. cruzi*.

METODOLOGIA

Animal Experimental: foram utilizados 48 camundongos Suíços albinos, não isogênicos e de ambos os sexos e com média de idade entre 21 e 28 dias. Os animais foram criados e mantidos, em gaiolas com no máximo 5 animais, com água e ração comercial balanceada ad libitum no biotério do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (CPqGM) /Fiocruz/BA.

Cepa do *T. cruzi*: foi utilizada a cepa Y do *T. cruzi* que apresenta susceptibilidade ao tratamento com o benzonidazol. Essa cepa vem sendo mantida através de passagens sucessivas em camundongos, em meio de cultura acelular e criopreservação no Laboratório de Chagas Experimental, Autoimunidade e Imunologia Celular (LACEI) do CPqGM.

Cálculo do inóculo e inoculação: para infectar os camundongos, com a referida cepa, utilizou-se o sangue de animais previamente infectados com a mesma. Dessa forma, o sangue para o cálculo do inóculo, foi obtido desses animais por secção dos vasos do plexo axilar, após anestesia com Xilasina e Ketamina. O cálculo do número total de parasitos, 5×10^4 formas tripomastigotas sanguíneas para cada animal, foi realizado de acordo com o método de Pizzi e Prager (1952), modificado por Brener (1961). Após o cálculo do inóculo cada animal recebeu pela via intraperitoneal, 0,1 mL de sangue contendo 5×10^4

formas tripomastigotas sanguíneas. A infecção foi confirmada em todos os animais através do exame de sangue a fresco, coletado da veia caudal, e analisado com o uso do microscópio óptico (aumento de 400x).

Fármacos:

Benzonidazol (BZ) - ([2-nitro-N-(fenilmetil)-1 H-imidazol-1-acetamida]) [Produzido pelo Lafepe, laboratório farmacêutico do Estado de Pernambuco S/A, Recife/PE, Brasil];

Cetoconazol (CETO) - ([1-[4-[4-[[[(2S,4R)-2-(2,4-diclorofenil)-2-(imidazol-1-il-metil)-1,3 dioxolano-4-il]metoxi]fenil]piperazina-1-il]etanona]) [Produzido pelo laboratório EMS S/A, São Paulo/SP, Brasil].

Grupo experimental (n = 48):

- Controles não tratados (n = 5);
- Tratados com 100 mg/kg/dia de BZ (n = 5);
- Tratados com 120 mg/kg/dia de CETO (n = 19);
- Tratados com 100 mg/kg/dia de BZ + 120 mg/kg/dia de CETO (n = 19).

Procedimentos experimentais

Esquema terapêutico: os medicamentos foram administrados diariamente por via intragástrica, a partir do 6º dia pós-infecção. Os comprimidos foram macerados e ressuspensos em solução de goma arábica a 4%, obtendo-se uma concentração de 100 mg/kg de BZ e 120 mg/kg de CETO. Em cada experimento, o tratamento teve duração de 60 dias. No subgrupo que recebeu a combinação dos medicamentos o BZ foi administrado em primeiro lugar e 2 horas depois foi administrado o CETO. Os animais de cada subgrupo eram pesados quinzenalmente, em média, para que recebessem a referida dose de acordo com seu peso corporal.

Parasitemia: foi avaliada diariamente a partir do 6º dia após a infecção em microscópio óptico pelo exame direto, entre lâmina e laminula, do sangue periférico obtido pela secção da cauda de cada animal infectado (5 camundongos por sub-grupo). A contagem dos parasitos foi realizada em 50 campos microscópicos (aumento de 400X) e a média ponderada dos cinco animais de cada grupo foi determinada (ANDRADE, 1974). A análise da parasitemia foi realizada até o final do período de tratamento.

Mortalidade: foi acompanhada diariamente durante todo o curso da infecção em todos os sub-grupos experimentais e determinada através da mortalidade cumulativa após fim do tratamento.

Critério e testes de cura parasitológicos

Critério de cura: a cura pós-tratamento foi determinada a partir da combinação dos testes parasitológicos e sorológicos* (*dados não demonstrados). Todos os animais que apresentaram os testes parasitológicos e sorológicos* negativos foram considerados curados.

Testes de cura parasitológicos: trinta dias após o término do tratamento os camundongos sobreviventes foram inicialmente submetidos aos testes de cura parasitológicos (parasitemia, xenodiagnóstico e hemocultura) com o objetivo de detectar a presença do *T. cruzi*. Os animais que apresentaram os três testes de cura parasitológicos negativos, foram considerados curados parasitologicamente.

Parasitemia: foi realizada através do exame direto do sangue periférico, coletado da cauda de cada animal, entre lâmina e lamínula com auxílio de um microscópio óptico. Os camundongos que apresentaram parasitemia negativa ao exame direto da amostra de sangue foram imunossuprimidos com alta dose de Ciclofosfamida (250 mg/kg). Após a administração da primeira dose de Ciclofosfamida, a parasitemia foi acompanhada durante uma semana, e aqueles animais que permaneceram com parasitemia negativa foram submetidos a uma segunda dose de Ciclofosfamida e a parasitemia foi acompanhada por mais uma semana.

Xenodiagnóstico: para realização do xenodiagnóstico foram utilizadas, para cada animal, cinco ninfas de III e IV estágios não infectadas com o *T. cruzi*, da espécie *Rhodnius robustus* (Hemiptera: Reduviidae) que foram acondicionadas em recipientes apropriados cobertos com nylon na parte superior. Dessa forma, os animais foram imobilizados em sacos constituídos com telas e colocados em decúbito dorsal, sendo as ninfas, então colocadas sobre o abdômen de cada animal, por um período de 20 minutos. Após 45 dias da preparação, as ninfas tiveram seus abdomens comprimidos para a obtenção do conteúdo biológico, os quais foram examinados em 50 campos microscópicos, com aumento de 400X, para detecção das formas parasitárias. Os animais que ainda apresentavam parasitemia negativa foram eutanaziados e amostras de sangue foram coletadas para a realização dos testes de hemocultura.

Hemocultura: as amostras de sangue coletadas foram semeadas em tubos de ensaios contendo meio Warren (WARREN, 1960) e mantidas a 37°C. Para a detecção do *T. cruzi*, foram feitos exames microscópicos das culturas até 90 dias de cultivo.

Análise estatística: para comparações das parasitemias e da mortalidade cumulativa nos grupos tratados com BZ e a associação com o CETO, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. O programa utilizado foi o Software GraphPad Prism, versão 5. As diferenças foram consideradas significativas se o valor de "p" foi menor que 0,05.

Considerações éticas: para a realização dos referidos procedimentos, com os camundongos, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e uso de animais de Laboratório (CEUA) do CPqGM (CEUA N: 004/2010; ID: 522). Todas as atividades relacionadas ao uso e manipulação desses animais estiveram de acordo com as normas éticas exigidas pela CEUA.

RESULTADOS

1. Parasitemia e Mortalidade Cumulativa

A parasitemia e a mortalidade cumulativa foram avaliadas do 6º dia pós-infecção até o último dia de tratamento. Os resultados estão representados em curvas de parasitemia (Figura 1) e de mortalidade cumulativa (Figura 2). Os animais do sub-grupo Controle apresentaram um pico parasitêmico no 10º dia pós-infecção e nos sub-grupos dos animais tratados a negatificação da parasitemia ocorreu a partir do 8º dia (sub-grupos BZ e BZ + CETO) e 11º dia (sub-grupo CETO) e permaneceram da mesma forma até o fim do tratamento (Figura 1). A análise estatística indicou que não houve diferença estatística significativa entre o sub-grupo BZ e o sub-grupo BZ + CETO ($p = 1$). A taxa de mortalidade (Figura 2) indica a mortalidade de 100% dos animais do sub-grupo Controle, no 14º dia pós-infecção. Nos sub-grupos BZ e CETO o índice de mortalidade foi de 0% e no sub-grupo BZ + CETO a taxa de mortalidade foi de 5,26% (ocorreram três óbitos durante o processo de entubação, portanto não foram incluídos na taxa de mortalidade, 5,26% é a taxa de apenas um óbito). As taxas de mortalidade não indicaram diferença estatística entre os sub-grupos BZ e BZ + CETO ($p = 0,107$).

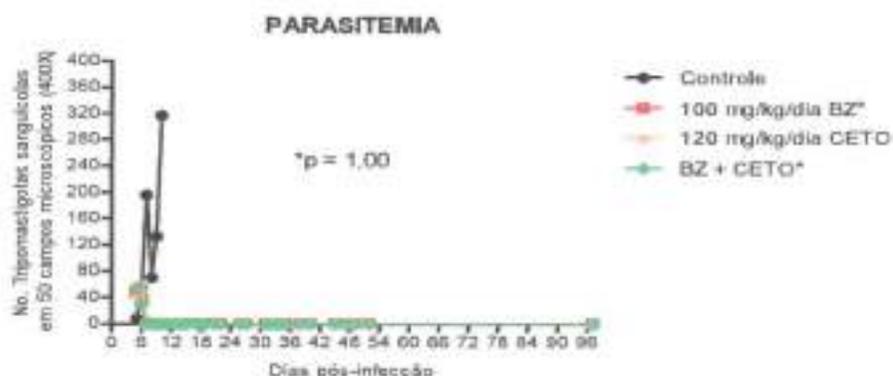


FIGURA 1: Níveis parasitemicos em camundongos infectados com a cepa Y do *T. cruzi* e submetidos ao tratamento com Berzonidazol (BZ) e/ou Cetoconazol (CETO) (*Teste Mann Whitney, $p < 0.05$; comparação do grupo BZ vs BZ + CETO).

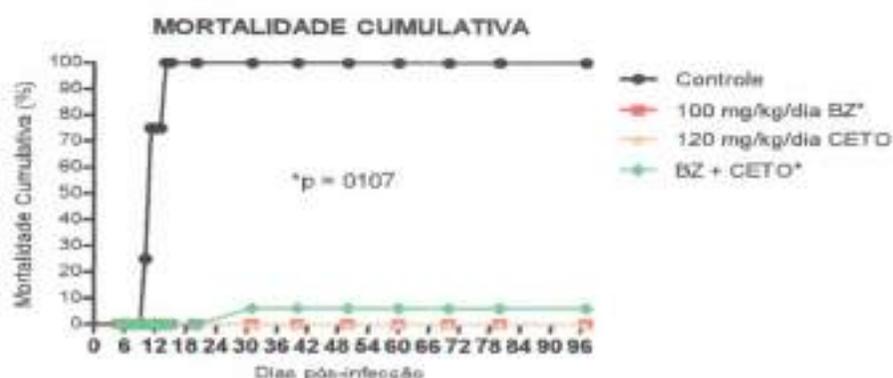


FIGURA 2: Mortalidade Cumulativa (%) em camundongos infectados com a cepa Y do *T. cruzi* e submetidos ao tratamento com Berzonidazol (BZ) e/ou Cetoconazol (CETO) (*Teste Mann Whitney; $p < 0.05$; comparação do grupo BZ vs BZ + CETO).

TESTES DE CURA PARASITOLÓGICOS

Nos sub-grupos BZ e BZ + CETO o índice de cura parasitológico foi de 100% e no grupo CETO o índice foi de 94,73%. O índice de cura geral foi determinado a partir da combinação dos testes parasitológicos e sorológicos* (*dados não demonstrados): BZ (80,0%), CETO (81,8%) e BZ + CETO (100%) (Tabela 4).

Tabela 1 Resultados dos testes de cura parasitológicos de camundongos suíços infectados pela cepa Y do *T. cruzi* e tratados com 100 mg/kg/dia de benzonidazol (BZ).

Código	Parasitológico		
	Parasitemia	Xenodiagnóstico	Hemocultura
BZ / 1	NEG	NEG	NEG
BZ / 2	NEG	NEG	NEG
BZ / 3	NEG	NEG	NEG
BZ / 4	NEG	NEG	NEG
BZ / 5	NEG	NEG	NEG

Tabela 2 Resultados dos testes de cura parasitológicos de camundongos suíços infectados pela cepa Y do *T. cruzi* e tratados com 120 mg/kg/dia de cetoconazol (CETO).

Código	Parasitológico		
	Parasitemia	Xenodiagnóstico	Hemocultura
CETO / 1	NEG	*	*
CETO / 2	NEG	NEG	*
CETO / 3	NEG	*	*
CETO / 4	NEG	NEG	*
CETO / 5	NEG	NEG	NEG
CETO / 6	NEG	NEG	NEG
CETO / 7	NEG	*	*
CETO / 8	NEG	NEG	NEG
CETO / 9	NEG	*	*
CETO / 10	NEG	*	*
CETO / 11	POS	NEG	NEG
CETO / 12	NEG	NEG	*
CETO / 13	NEG	NEG	NEG
CETO / 14	NEG	NEG	NEG
CETO / 15	NEG	NEG	NEG
CETO / 16	NEG	NEG	NEG

CETO / 17	NEG.	NEG	NEG
CETO / 18	NEG	NEG	NEG
CETO / 19	NEG	NEG	NEG

*Óbito

NR - Não realizado

Tabela 3 Resultados dos testes de cura parasitológicos de camundongos suíços infectados pela cepa Y do *T. cruzi* e tratados com 100 mg/kg/dia de benzonidazol em combinação com 120 mg/kg/dia de cetoconazol (BZ + CETO).

Código	Parasitológico		
	Parasitemia	Xenodiagnóstico	Hemocultura
BZ + CETO / 1	NEG	*	*
BZ + CETO / 2	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 3	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 4	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 5	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 6	NEG	*	*
BZ + CETO / 7	NEG	*	*
BZ + CETO / 8	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 9	NEG	NEG	*
BZ + CETO / 10	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 11	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 12	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 13	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 14	NEG	NEG	NEG
BZ + CETO / 15	NEG	*	*

*Óbito.

*INFORMATIVO n.2 - Plataforma de Pesquisa Clínica em doença de Chagas, Rio de Janeiro/RJ/Brasil, Novembro de 2012.

Tabela 4 Índices de cura, de camundongos suíços infectados pela cepa Y do *T. cruzi* e tratados com 100 mg/kg/dia de benzonidazol (BZ), 120 mg/kg/dia de cetoconazol (CETO)

e benzonidazol em combinação com cetoconazol (BZ + CETO) baseado na combinação dos testes parasitológicos e sorológicos*.

DISCUSSÃO

Os temas centrais abordados no presente estudo levam em consideração os recentes apelos da comunidade científica de diversos países, reunida sob o patrocínio da DNDi (Drugs for neglected diseases), criada em 2003 por Médicos sem Fronteiras, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e outras instituições internacionais (*).

A DNDi ao levantar o problema da necessidade de desenvolvimento de novos medicamentos para o tratamento das doenças negligenciadas, leva também em conta a necessidade de novos estudos sobre as drogas já em uso clínico para o tratamento da doença de Chagas, como o Benzonidazol (BZ) e o Nifurtimox (NF) e os testes com os compostos azólicos, ou outros compostos.

A necessidade de novos estudos com o BZ e o NF evidencia que a disponibilidade de medicamentos para o tratamento da doença de Chagas é extremamente limitada. Segundo Coura (2009), as drogas não são acessíveis para os pacientes, o nifurtimox não está disponível no Brasil, ambas as drogas induzem efeitos colaterais importantes, algumas cepas do *T. cruzi* são resistentes aos medicamentos e, além disso, o tratamento na fase crônica ainda é controverso. Estudos de grande amplitude estão sendo desenvolvidos pelo Projeto BENEFIT (Benznidazole Evaluation For Interrupting Trypanosomiasis), estudo multicêntrico internacional o qual tem o objetivo primário de estabelecer a eficácia do BZ administrado durante 60 dias, em reduzir a carga parasitária e mostrar se o tratamento etiológico pode reverter ou retardar a progressão da doença de Chagas.

Grupos	Pos / Total	Índices de cura (%)	D
BZ	1/5	80	essa
CETO	2/11	81,8	forma,
BZ + CETO	0/10	100	tanto

*Dados não demonstrados.

il, o tratamento da doença de Chagas continua sendo um desafio. Os medicamentos ou esquemas de tratamento devem ser capazes de combater eficazmente o *T. cruzi* na fase aguda, assim como na fase crônica, e promover a cura,

caracterizada por resultados parasitológicos e sorológicos negativos (BRENER, 1962; ANDRADE *et al.*, 1987; URBINA *et al.*, 2007; ROMANHA *et al.*, 2008; APT, 2010).

Atualmente diversas linhas de pesquisas relacionadas à quimioterapia na doença de Chagas vêm buscando novos compostos ou esquemas terapêuticos alternativos. Nesse sentido, destaca-se o uso de medicamentos utilizados para o tratamento de diferentes doenças, e que apresentam ação anti-*T. cruzi*. O exemplo disso são os antifúngicos, principalmente a classe dos compostos azólicos que apresentaram ação anti-*T. cruzi* *in vitro* e *in vivo* (McCABE *et al.*, 1983; MOREIRA *et al.*, 1992; URBINA *et al.*, 2007). Assim como para os fungos, a biossíntese de esteróides, como o ergosterol, é imprescindível para o ciclo de vida do *T. cruzi*. Estes compostos induzem parada de crescimento e perda da viabilidade celular em organismos sensíveis como consequência da depleção de esteróis fúngicos essenciais e/ou da acumulação de intermediários tóxicos. Um desses compostos, o posoconazol, foi ativo contra as cepas do *T. cruzi* resistentes ao BZ e NF e por isso é atualmente considerado um fármaco promissor para o tratamento da doença de Chagas (URBINA, 2002).

Outros estudos (COURA, 2009) têm estimulado o uso de tratamento combinado com diferentes drogas no sentido de potencializar o efeito anti-*T. cruzi* destas drogas, com ênfase no uso do BZ. Segundo Coura (2009), diversas doenças, como a tuberculose, a lepra e a AIDS só foram controladas depois que o esquema de tratamento dos pacientes passou a ser através de associações de medicamentos com diferentes mecanismos de ação. Dessa forma, os fármacos podem interagir de modo sinérgico diminuindo o desenvolvimento de resistência e da toxicidade para o hospedeiro.

De um modo geral, a combinação de fármacos já foi testada por inúmeros pesquisadores na infecção experimental pelo *T. cruzi*, com o objetivo de aumentar a eficácia terapêutica e/ou reduzir a intensidade de reações adversas (MALDONATO *et al.*, 1993). Araújo *et al* (2000), por exemplo, investigaram o efeito sinérgico da associação de alguns medicamentos em diferentes cepas do *T. cruzi*. Nesse caso, foi observado um efeito sinérgico na combinação do benzonidazol com o cetoconazol em camundongos infectados com as cepas CL e Y do *T. cruzi*. Em outro estudo, Urbina e *et al* (1993), demonstraram em modelo murino da doença de Chagas que a lovastatina potencializa os efeitos terapêuticos do cetoconazol eliminando os parasitos circulantes e aumentando a sobrevida

dos animais. Sendo assim, os autores sugerem a combinação da lovastatina com azólicos, como o cetoconazol, como uma alternativa para a quimioterapia.

Além disso, a literatura destaca também outros estudos nos quais a combinação de medicamentos potencializa o efeito anti-*T. cruzi*: estudos *in vitro* revelaram que a aspirina potencializa o efeito do nifurtimox e do benzonidazol ao aumentar a atividade antiparasitária dos macrófagos (LOPEZ-MUÑOZ *et al.*, 2010); a combinação do benzonidazol com compostos heterocíclicos, como as diamidinas, foi capaz de reduzir a parasitemia em 90%, promover uma sobrevida de 100% e reduzir as lesões tissulares em 56%, nos camundongos infectados com a cepa Y do *T. cruzi*, em relação aos animais tratados somente com o benzonidazol (BATISTA *et al.*, 2011) e no tratamento do benzonidazol associado com o quelante de ferro, desferrioxamina, foi observado que alterações nos níveis de ferro em combinação com o benzonidazol promoveu uma taxa de 67% de sobrevida nos animais infectados com a cepa Y do *T. cruzi* (FRANCISCO *et al.*, 2008).

Portanto, a hipótese considerada no presente trabalho é a de que a associação do BZ com o cetoconazol (CETO) seria mais eficaz que o tratamento isolado com o BZ, ou seja, potencializaria o efeito anti-*T. cruzi*. Para testar essa hipótese, foi realizado um grupo experimental que foi avaliado de acordo com os parâmetros já estabelecidos por Andrade *et al* (1985) em nosso laboratório.

De acordo com a metodologia desenvolvida, os resultados relacionados ao tratamento isolado com o BZ e CETO, corroboram outros estudos existentes na literatura. Esses medicamentos, administrados precocemente e por tempo prolongado, são capazes de suprimir a parasitemia e aumentar a sobrevida de camundongos suíços infectados pela cepa Y do *T. cruzi* (ANDRADE *et al.*, 1985b; ARAUJO *et al.*, 2000).

Deve-se levar em conta que a cepa Y (*T. cruzi* II), utilizada no presente estudo está incluída entre as que são mais suscetíveis ao tratamento com BZ, mas sem promover a cura em 100% dos casos. Portanto, a associação do BZ com o CETO, de acordo com a hipótese do presente trabalho, poderá potencializar o efeito do BZ e assim, promover a cura da infecção pelo *T. cruzi*. A escolha da cepa Y, para avaliar a eficácia do tratamento, está de acordo com Romanha *et al* (2010) que através de um Workshop realizado no Estado do Rio de Janeiro/RJ/Brasil em 2008, determinaram o “screening” para o teste de drogas para o tratamento da doença de chagas.

Os resultados obtidos da associação do BZ com o CETO indicaram nitida semelhança em relação ao tratamento somente com o BZ. Embora os resultados não tenham sido estatisticamente significantes entre o tratamento com BZ e a associação dos medicamentos, é importante ressaltar a redução precoce dos níveis parasitêmicos, o baixo índice de mortalidade e a alta percentagem de cura dos animais tratados com ambas as drogas. Os dados obtidos no presente trabalho em relação aos critérios de cura utilizados, foram possíveis porque foram baseados em prévias experiências do nosso laboratório (ANDRADE *et al.*, 1976, 1977, 1985b e 1987). Este aspecto é de interesse tendo em vista que a memória imunológica, determinada pela presença de antígenos parasitários nas células dendríticas foliculares do baço (ANDRADE *et al.*, 1988) pode manter a sorologia positiva após a cura parasitológica, antes de sofrer o "clearance".

É de fundamental importância que outros parâmetros sejam utilizados como critérios de cura. É de interesse de nosso grupo de estudo, avaliar a eficácia da PCR (reação em cadeia da polimerase) como critério de cura da infecção experimental pelo *T. cruzi*. Entretanto, ainda não existe um consenso sobre a utilização da PCR, pelo fato de que a presença de fragmentos de DNA do parasito morto poderá indicar resultado positivo. Estudos importantes (*), com portadores da doença de Chagas na Bolívia, estão sendo realizados pelos Médicos sem Fronteiras e pela DNDi, com o objetivo de otimizar e validar a técnica da PCR.

O presente estudo confirma a eficácia no tratamento da infecção experimental pelo *T. cruzi* com o BZ, sendo que no grupo tratado com o BZ em combinação com o CETO, o tratamento isoladamente com o BZ determinou 80% de cura e a combinação com o CETO determinou o índices de cura de 100%, mas também sem diferença significativa. Utilizando uma metodologia semelhante, Araújo *et al* (2000) também observou cura em 100% dos animais tratados com 100 mg/kg/dia de BZ em combinação com 120 mg/kg/dia de CETO.

CONCLUSÃO

Os resultados do tratamento isolado com o BZ mostraram eficácia em relação ao índice de cura. Por outro lado, A associação do BZ com o CETO não demonstrou um efeito significativo, em relação aos testes de cura em comparação ao sub-grupo BZ. Aparentemente, a falta de significância estatística deveu-se ao emprego de dosagens padronizadas em estudos prévios, abordando particularmente monoterapia.

Presumivelmente nesta abordagem de terapia combinada, será mais esclarecedor o uso de dosagens inferiores, permitindo a evidencição de eventuais interações aditivas e/ou sinérgicas. Assim sendo, novos experimentos se fazem necessários para elucidar a efetividades das combinações supracitadas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. G. Caracterização de cepas do *Trypanosoma cruzi* isoladas no Recôncavo Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v. 3, p. 65-121, 1974.
- ANDRADE, S. G. Morphological and behavioral characterization of *Trypanosoma cruzi* strains. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 18, p. 39-46, 1985a.
- ANDRADE, S. G.; FREITAS, S.; SADIGURSKY, M.; PEYROL, S.; PIMENTEL, A. R. *Trypanosoma cruzi* antigens detected by immunoelectron microscopy in the spleen of mice serologically positive but parasitologically cured by chemotherapy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Impresso)**, v. 21, p. 41-42, 1988.
- ANDRADE, S. G.; ANDRADE, Z. Aspectos anatomopatológicos e resposta terapêutica na infecção chagásica crônica experimental. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 18, p. 268-275, 1976.
- ANDRADE, S. G.; CAMPOS, R. F.; STEINDEL, M.; GUERREIRO, M. L.; MAGALHAES, J. B.; ALMEIDA, M. C.; REIS, J. N.; SANTOS, V. C.; VALADARES, H. V. S.; GALVÃO, M.; MACEDO, A. M. Biological, biochemical and molecular features of *Trypanosoma cruzi* strains isolated from patients infected through oral transmission during a 2005 outbreak in the state of Santa Catarina, Brazil: its correspondence with the new *T. cruzi* Taxonomy Consensus. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 106, n. 8, p. 948-56, 2011.
- ANDRADE, S. G.; CASTRO, S. R.; SANTIAGO, C. M. G.; FREITAS, L. A. R. Therapeutic action of the MK-436 (2-5 Nitroimidazol) in *Trypanosoma cruzi* infection in mice: a parasitological, serological, histopathological and ultrastructural study. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 65, p. 625-633, 1987.
- ANDRADE, S. G.; FIGUEIRA, R. M. Experimental study on the therapeutic action of Ro 7-1051 on infections caused by different strains of *Trypanosoma cruzi*. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, v. 19, n. 5, p. 335-341, 1977.
- ANDRADE, S. G.; MAGALHÃES, J. B.; PONTES, A. L. Evaluation of chemotherapy with benznidazole and nifurtimox in mice infected with *T. cruzi* strains of different types. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 63, p. 721-726, 1985b.
- APT, W. Current and developing therapeutic agents in the treatment of Chagas disease. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 4, p. 243-253, 2010.
- APT, W. B.; ZULANTAY, I. A. Estado actual en el tratamiento de la enfermedad de Chagas. **Revista Médica de Chile**, v. 139, p. 247-257, 2011.
- ARAÚJO, M. S. S.; MARTINS-FILHO, A. O.; PEREIRA, M. E. S.; BRENER, Z. A combination of benznidazole and ketoconazole enhances efficacy of chemotherapy of experimental Chagas disease. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 45, p. 819-824, 2000.

- BACCHI, C. J.; YARLETT, N. Polyamine metabolism. **Biochemistry and Molecular Biology of Parasites**, p. 119-131, 1995.
- BATISTA, D. G. J.; BATISTA, M. M.; OLIVEIRA, G. M.; BRITTO, C. C.; RODRIGUES, A. C. M.; STEPHENS, C. E.; BOYKIN, D. W.; SOEIRO, M. N. C. Combined Treatment of Heterocyclic Analogues and Benznidazole upon *Trypanosoma cruzi* In Vivo. **Plos One**, v. 6 (7), p. e22155, 2011.
- BOCK, M.; HABERKORN, A.; HERLINGER, H.; MAYER, K. H.; PETERSEN, S. The Structure-Activity Relationship of 4-(5-Nitrofurfurylidene-amino)-tetrahydro-4H-1,4-thiazine-1,1-dioxides Active against *Trypanosoma cruzi*. **Arzneim.-Forsch. (Drug Res.)**, v. 22, n. 9a, 1972.
- BRENER, Z. Atividade terapêutica do 5-nitro-2-furaldeído-semicarbazona (nitrofurazona) em esquemas de duração prolongada na infecção experimental do camundongo pelo *Trypanosoma cruzi*. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 3, p. 43-49, 1961.
- BRENER, Z. Therapeutic Activity and criterion of cure on mice experimentally infected with *Trypanosoma cruzi*. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, v. 4, p. 389-396, 1962.
- CANÇADO, J. R. Tratamento etiológico da doença de Chagas pelo benznidazol. In: ANDRADE, Z.A.; BRENER, Z.; BARRAL NETTO, M. **Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 389-405.
- CASTRO, S.L. The challenge of Chagas disease chemotherapy: Na update od drugs assayed against *Trypanosoma cruzi*. **Acta Tropica**, v. 53, p. 83-98, 1993.
- COURA, JR. Present situation and new strategies for Chagas disease chemotherapy - a proposal. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 104(4): 549-554, 2009.
- COURA, J.R. The main sceneries of Chagas disease transmisson. The vectors blood and oral transmissions: a comprehensive review. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. 2015 May; 110 (3): 277-82.
- De SOUZA, M. V. N.; KAISER, C. R.; CUNICO, W.; PINHEIRO, A. C.; OLIVEIRA, A. G.; PERALTA, M. A. Oxazolidinonas: uma nova classe de compostos no combate à tuberculose. **Revista Brasileira de Farmacologia**, v. 88(2), p. 83-88, 2007.
- DIAS, J. C. P. Doença de Chagas: sucessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2020-2021, 2006.
- DIAS, J. C. P.; RAMOS JUNIOR, N. A.; GONTIJO, E. D.; LUQUETTI, A.; SHIKNAI-YASUDA, M. A.; COURA, J.R et al. II Consenso Brasileiro em doença de Chagas. 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2016; 25: 7-86.
- FRANCISCO, A. F.; DE ABREU VIEIRA, P.; ARANTES, J. M.; PEDROSA, M. C.; MARTINS, H. R.; SILVA, M.; VELOSO, V. M.; DE LANA, M.; BAHIA, M. T.; TAFURI, W. L. *Trypanosoma cruzi*: Effect of benznidazole therapy combined with the iron chelator desferrioxamine in infected mice. **Experimental Parasitology**, v. 120, p. 314-319, 2008.
- LÓPEZ-MUÑOZ, R.; FAÜNDEZ, M.; KLEIN, S.; ESCANILLA, S.; TORRES, G.; LEE-LIU, D.; FERREIRA, J.; KEMMERLING, U.; ORELLANA, M.; MORELLO, A.; FERREIRA, A.; MAYA, J. A. *Trypanosoma cruzi*: In vitro effect of aspirin with nifurtimox and benznidazole. **Experimental Parasitology**, v. 124, p. 167-171, 2010.
- McCABE, R. E.; ARAUJO, F.G.; REMINGTON, J. S. Ketoconazole protects against infection with *Trypanosoma cruzi* in a murine model. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 32 (5), p. 960-962, 1983.

- MALDONATO, R. A.; MOLINA, J.; PAYARES, G.; URBINA, J. A. Experimental chemotherapy with combinations of ergosterol biosynthesis inhibitors in murine models of Chagas disease. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy, USA**, v. 37, n. 6, p. 1353-1359, 1993.
- MASSARO, D. C.; REZENDE, D. S.; CAMARGO, L. M. A. Estudo da fauna de triatomíneos e da ocorrência de doença de Chagas em Monte Negro, Rondônia, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 228-40, 2008.
- MENEZES, D.; VALENTIM, C.; OLIVEIRA, M. F.; VANNIER-SANTOS, M. A. Putrescine analogue cytotoxicity against *Trypanosoma cruzi*. **Parasitology Research**, v. 98, n. 2, p. 99-105, 2006.
- MOREIRA, A. A. B.; SOUZA, H. B. W. T.; AMATO-NETO, V.; MATSUBARA, L.; PINTO, P. L. S.; TOLEZANO, J. E.; NUNES, E. V.; OKUMURA, M. Avaliação da atividade terapêutica do itraconazol nas infecções crônicas, experimental e humana, pelo *Trypanosoma cruzi*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 34 (2), p. 177-180, 1992.
- PIZZI, T. Sobre el problema de las formas delgadas de "*Trypanosoma cruzi*" (comunicación preliminar). **Boletín de informaciones parasitarias chilenas**, v. 8, p. 26-30, 1953.
- PRAGER, R. Estabilization de la virulencia de una cepa de *Trypanosoma cruzi* por pasaje seriado en ratones de constitucion genetica uniforme: analisis quantitativo del curso de la infeccion. **Biológica**, v. 16-17, p. 3-12, 1952.
- RASSI, J. A.; RASSI, A.; REZENDE, J. M. American Trypanosomiasis (Chagas Disease). **Infectious disease clinics of North America**, v. 26, n. 2, p. 275-91, 2012.
- RICHLE, R. Chemotherapy of experimental acute Chagas disease in mice: beneficial effect of RO-71051 on parasitemia and tissue parasitism. **Le Progres Medical**, v. 101, p. 282, 1973.
- ROMANHA, A. J.; OLIVEIRA, R. B.; ZANI, C. L.; FERREIRA, R. S.; LEITE, R. S.; ALVES, T. M.; SILVA, T. H. Síntese, avaliação biológica e modelagem de Arilfuranos como inibidores da enzima tripanotona redutase. **Química Nova**, v. 31, p. 261-267, 2008.
- ROMANHA, A.J.; CASTRO, S. L.; SOEIRO, M. N. C.; LANNES-VIEIRA, J.; RIBEIRO, I.; Talvani, A.; Bourdin, B.; BLUM, B.; OLIVIERI, B. P.; Zani, C.; SPADAFORA, C.; CHIARI, E.; CHATELAIN, E.; CHAVES, E.; Calzada, J. E.; BUSTAMANTE, J.; FREITAS-JUNIOR, H.; ROMERO, L.; BAHIA, M.; LOTROWSKA, M.; ARMSTRONG, T.; DEGRAVE, W.; ANDRADE, S. G.; ANDRADE, Z. *In vitro* and in vivo experimental models to drug screening and development for Chagas disease. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz (Impresso)**, v. 105, p. 233-238, 2010.
- SILVA FILHO, J. D. ; COSTA, A. C. ; FREITAS, EF ; VIANA, C. E. M. ; LIMA, M. A. ; ANDRADE, M.C ; PEREIRA, L. S. ; VASCONCELOS, ASOB ; OLIVEIRA, M. F. Perfil hematológico e bioquímico de pacientes com doença de Chagas atendidos por um serviço de atenção farmacêutica no estado do Ceará. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, p. 130-136, 2017.
- URBINA, J.A.; MALDONADO, R. A.; MOLINA, J.; PAYARÉS, G. Experimental Chemotherapy with combinations of Ergosterol Biosynthesis in Murine Models of Chagas Disease. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, June, p. 1353-1359, 1993.
- URBINA, J.A. Chemotherapy of Chagas disease. **Current Pharmaceutical Design**, v. 9, p.287-295, 2002.
- URBINA, J.A.; FERRAZ, M.L.; GAZZIELLI, R.T.; ALVES, R.O.; ROMANHA, A.J. The Anti-*Trypanosoma cruzi* Activity of Posaconazole in a Murine Model of Acute Chagas' Disease Is Less Dependent on Gamma Interferon than That of Benznidazole. **Antimicrobial agents and chemotherapy**, Apr, p. 1359-1364, 2007.
- WARREN, L. G. Metabolism of *Schizotrypanum cruzi* Chagas. I. Effect of culture age and substrate concentration on respiratory rate. **Journal of Parasitology**, v. 46, p. 529-39, 1960.

O PROCESSO DE ADOECIMENTO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Quênam Ferreira Silva De Oliveira¹; Livia Dourado Leite²; Adriana Valéria da Silva Freitas³

1 - Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, especialista em Nefrologia, docente da FAI – Faculdade Irecê

2 - Enfermeira pela Centro Universitário FIB, especialista em Obstetrícia, docente da FAI – Faculdade Irecê

3 - Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana, doutora, docente da Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

O adoecimento crônico gera inúmeras inquietações à pessoa acometida. São necessários adaptação e acompanhamento profissional frente a estas. A doença renal crônica, além de gerar a necessidade de uma terapia renal substitutiva, interrompe o processo de vida das pessoas acometidas, pela necessidade de adequação ao tratamento e os cuidados essenciais para a manutenção da vida. Diante das modificações geradas pelo adoecimento crônico, este estudo objetiva descrever a vivência do adoecimento renal crônico, a partir da perspectiva dos pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica - IRC submetidos a tratamento de hemodiálise, e identificar as práticas de cuidado realizadas pelas enfermeiras na perspectiva do usuário de um centro de hemodiálise na região de saúde centro-norte da Bahia. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas em um serviço de hemodiálise vinculado ao SUS de um município do interior do estado da Bahia. Neste serviço, foram entrevistados 10 usuários em tratamento de hemodiálise e 03 enfermeiras. A partir dos relatos percebe-se que o processo de adoecimento renal crônico exige acompanhamento profissional contínuo, tendo em vista as alternâncias no comportamento e inquietações geradas para cada pessoa. Aceitar a dependência de uma máquina para sobreviver é algo difícil, principalmente no início do tratamento, bem como seguir os cuidados estipulados, como as restrições hídricas e alimentares. A aceitação ao tratamento está co-relacionada com a adesão aos cuidados terapêuticos, e isto faz parte de um processo e acompanhamento cotidiano. As trabalhadoras enfermeiras permanecem por maior tempo nestes serviços e tem a possibilidade de, a partir do acolhimento e escuta qualificada, colaborar para aceitação e qualidade da terapêutica para estas pessoas.

Palavras – chave: enfermeiras, saúde mental, hemodiálise, aceitação, cuidado.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é um problema de saúde pública mundial, é notada a sua alta prevalência em estudos recentes. Nos últimos anos tem sido relatado nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos da Europa e Ásia, um aumento crescente na taxa de prevalência do adoecimento renal crônico (USRDS, 2012).

No Brasil, há um alto índice de Falência da Função Renal – FFR, evidenciado pelo aumento da incidência e prevalência de indivíduos renais em terapias dialíticas. A taxa de

tratamento renal substitutivo está em torno de 700 pacientes por milhão da população – pmp, e o número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2012 no Brasil foram de 34.366 (SESSO, 2012).

O processo de adoecimento na IRC para pacientes que necessitam de tratamento de hemodiálise é bastante delicado, uma vez que há uma interrupção nos hábitos de vida, transformando o cotidiano de uma pessoa que era saudável e passa a depender de uma máquina para sobreviver. Além das mudanças nos hábitos de vida, necessita-se também de um controle alimentar e ingestão hídrica bastante controlada, tratamentos invasivos para a estabilização de níveis eletrolíticos, bem como uma maior atenção familiar e assistência multiprofissional para enfrentamento dos desafios que surgem no processo terapêutico.

Castro et al (2003) cita que o maior tempo em programa de hemodiálise correlaciona-se negativamente aos aspectos emocionais, apresentam comprometimento nas relações familiares e sociais. Desta forma, percebe-se que a insuficiência renal crônica, além dos aspectos biológicos, pode afetar os fatores psicológicos e sociais.

Sendo assim, considerando a assistência de enfermagem ao paciente em tratamento de hemodiálise, o presente estudo tem como objetivos descrever a vivência do adoecimento renal crônico, a partir da perspectiva dos pacientes diagnosticados com IRC submetidos a tratamento de hemodiálise, e identificar as práticas de cuidado realizadas pelas enfermeiras na perspectiva do usuário de um centro de hemodiálise na região de saúde centro-norte da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa para descrever as características de determinada população e o estabelecimento de relações entre variáveis.

O presente estudo teve como local de coleta de dados um centro de tratamento de hemodiálise vinculado à rede pública de saúde – SUS municipal do interior do estado da Bahia, este é um serviço público, de gestão terceirizada. Pretendeu-se identificar o contexto assistencial desenvolvido pelas enfermeiras atuantes, bem como descrever o usuário em seu contexto de tratamento e as influências ambientais que permeiam em seu processo de recuperação da saúde e diminuição de agravos.

A população do estudo foram pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Foram considerados os critérios de inclusão: os pacientes estivessem devidamente matriculados na unidade de hemodiálise do serviço. Os usuários foram selecionados por turno de participação, sendo 02 usuários de 04 turnos, e 01 usuário de 02 turnos, totalizando 10 usuários entrevistados. A seleção destes foi feita de modo aleatório, a contemplar os critérios de inclusão, e que estavam disponíveis e estáveis para participar do estudo.

A coleta de depoimentos foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada. O instrumento para a coleta de dados esteve subdividido em dois componentes. O primeiro componente tratou-se de uma caracterização sócio-demográfica dos pacientes da unidade de hemodiálise. O segundo componente foi constituído por perguntas norteadoras a fim de identificar as necessidades de saúde do paciente renal crônico em tratamento de hemodiálise.

Caracterização sócio-demográfica dos pacientes de hemodiálise

Foram realizadas 10 entrevistas com os usuários do serviço portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise, com idades entre 26 anos e 68 anos, sendo 08 do sexo masculino e 02 de sexo feminino, que consentiram participar do estudo e preencheram aos critérios: estavam instalados há mais de uma hora na máquina em tratamento, apresentavam orientação e lucidez, tinham condições físicas – emocionais de participar da coleta. A identificação destes foi possível a partir da indicação da Enfermeira em serviço, conforme os parâmetros hemodinâmicos e avaliação parcial. Dos entrevistados, 60% tinha escolaridade de ensino fundamental incompleto, 06 dos entrevistados fazem o tratamento fora do domicílio, tendo assim que viajar a cada sessão para realizar o tratamento, 09 dos entrevistados tem filhos, variando o número de filhos de 1 a 6 filhos. Destes 10 entrevistados, todos relatam ter religião, sendo 06 frequentadores da igreja católica e 04 da igreja evangélica.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica dos usuários. Município de região de saúde centro-norte, BA, 2014.

Código	Sexo	Idade	Estado	Filhos	Escolaridade	Religião
--------	------	-------	--------	--------	--------------	----------

Civil						
U1	M	48	Divorciado	3	Fundamental incompleto	Católica
U2	M	43	Casado	3	Fundamental incompleto	Católica
U3	M	51	Casado	3	Fundamental completo	Católica
U4	F	47	Divorciado	3	Médio completo	Evangélica
U5	M	31	Solteiro	1	Médio completo	Católica
U6	M	68	Casado	6	Fundamental incompleto	Evangélica
U7	M	26	Casado	1	Médio incompleto	Católica
U8	M	47	Casado	2	Fundamental incompleto	Evangélica
U9	M	35	Casado	0	Fundamental incompleto	Evangélica
U10	F	33	Solteiro	2	Médio completo	Católica

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos dados coletados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2002), sendo esta um conjunto de técnicas que busca sua lógica na interpretação do material qualitativo. Segundo Bardin (2002), consiste em descobrir os núcleos de sentido que caracterizam a comunicação, tendo a sua aparição um significado analítico. Para tanto, estivemos nos debruçando nas etapas estabelecidas para análise de conteúdo que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, sendo autorizado através da Plataforma Brasil, sob parecer de número 663.355 do dia 28 de

maio de 2014, viabilizando a realização do estudo que corroborou com os princípios éticos para as pesquisas científicas com base na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os usuários, durante as entrevistas, tiveram diferentes comportamentos. Foi perceptível, a partir dos discursos, que a aceitação foi um fator determinante para o modo de expressar sobre o tratamento e suas influências na vida de cada pessoa.

Percebe-se que a maioria dos usuários no início do tratamento, não tinha conhecimento acerca da terapêutica, relatando que não teve orientação profissional inicial sobre a funcionalidade da terapia dialítica, bem como não percebia que tal procedimento é indispensável para a atual condição de vida deles. Foi comum o relato de que pensavam que as sessões não precisariam ser para a vida, e sim acharam que seriam procedimentos pontuais, durante alguns dias ou meses.

Saber do caráter crônico da doença foi o maior desconforto relatado pelos usuários. Foi comum o discurso que, no início houve a fase de negação e barganha do adoecimento, estes não queriam aceitar que estavam doentes, e buscavam entendimento do por que isto havia acontecido com eles? Apesar desses sentimentos no início da doença, no decorrer do tratamento, alguns passaram a entender e aceitar, outros ainda enfrentam tal realidade com dificuldades e forte pesar.

A entrevista foi iniciada com a aplicação da técnica de associação livre de palavras, uma vez que esta permite se aproximar da estrutura psicológica de cada sujeito, a partir de suas manifestações e evocações. Apesar de esta ser utilizada nos estudos sobre as teorias das representações sociais, o presente estudo não fará co-relação com a mesma, o que dispensa o embasamento teórico sobre este tema.

As evocações foram estimuladas a partir das palavras: hemodiálise; saúde; cuidado. Estes temas foram utilizados nas entrevistas com os usuários e com as enfermeiras. Foi perceptível a diferença do significado das expressões, tanto para cada categoria de sujeitos – enfermeiras e usuários, bem como para cada pessoa. O que permitiu maior aproximação

da pesquisadora aos sujeitos da pesquisa e do significado de cada tema para os entrevistados.

Quadro 2 - Expressões citadas pelos usuários a partir da técnica de associação de palavras. Município da Região de Saúde centro-norte, BA, 2014.

Classificação/Palavras	Hemodiálise	Saúde	Cuidado
Positiva	Alternativa de vida Capilar Clínica Compromisso Enfermeira Máquina Recomeço Retorno Rotina Sangue Saúde Transplante Vida	Alimentação Bem estar Cuidado Descanso Disposição Felicidade Força Futebol Liberdade Melhora Prevenção Transplante Viagem Vida Vigor	Água Amizade Atenção Colegas Compromisso Deus Disciplina Família Felicidade Filhos Inteligência Lazer Mãe Medicamentos Trabalho

Durante as evocações, diferentes reações foram visualizadas. Alguns usuários entrevistados, além de citarem expressões negativas, demonstraram características corporais que refletiram o enfrentamento diante da terapia de hemodiálise. Algumas expressões, como o choro, silêncio, modificações no tom de voz, inquietações, desvio do olhar, e aparência de tristeza foram notadas. Isso refletiu as necessidades de saúde mental destes usuários.

Por outro lado, houve também outro perfil de usuários que relataram com tranquilidade e naturalidade sobre o tratamento, refletindo assim maior adesão e aceitação dos cuidados estabelecidos. Estes tiveram um discurso de melhor qualidade de vida e resposta terapêutica. No entanto, independente do perfil dos usuários entrevistados, ambos tiveram um sentimento em comum, freqüentam o tratamento regularmente, e seguem, na medida do possível, as indicações profissionais, por saber que este tratamento representa uma alternativa de vida para eles, e apesar das dificuldades e limitações, esta ainda é uma possibilidade.

O que os motivam é a possibilidade de fazer o transplante, estes idealizam como uma ascensão à saúde, liberdade, e possibilidades de seguir um cotidiano em comum como as outras pessoas. Nos relatos algumas dessas atividades foram citadas, estas são trabalhar, viajar, jogar futebol, estar com a família, ter um lazer e poder alimentar-se e beber água.

Os usuários demonstram saber o problema de saúde que tem, e ver a possibilidade do tratamento de hemodiálise como alternativa de vida. Relatam conduzir o tratamento com compromisso, durante três vezes na semana, a rotina fica em torno do ciclo de recomeçar a sessão de hemodiálise, finalizar a sessão e retornar para casa. A grande maioria expressa que a saúde no processo de adoecimento foi modificada para ruim, uma vez que tornaram-se dependentes da máquina, mas idealizam uma melhora no tratamento, e isto é alcançado a partir do transplante, pois proporcionará um descanso na máquina.

Algumas expressões relatam estes sentimentos:

O que eu tenho é um problema renal, que é um problema ruim, e não tem cura, só o transplante e que ainda assim não é a cura. (U1.1)

[...]quando comecei achei que no outro dia iria para casa. (U4.1)

[...]a hemodiálise é sinônimo de dor, sofrimento e preconceito, mas, apesar dos desafios, tenho buscado ter paciência e esperança. (U4.3)

[...] quando eu tinha saúde, eu não tinha cuidado nenhum, não dava valor e tinha muita liberdade, agora eu preciso me cuidar, preciso pensar no que fazer, tenho a minha família para cuidar, os meus filhos, preciso ter saúde para está com eles e cuidar da minha casa. (U6.1)

A hemodiálise é um tratamento, preciso fazer três vezes na semana, e tenho que pensar sempre como um primeiro dia. Eu queria ter uma boa saúde, a minha não é[...].(U8.1)

Quando eu penso em hemodiálise, lembro que eu terei que perder peso, e tenho chegado além do que eu deveria. Com isso a minha pressão altera, eu passo mal. Penso também no sangue que fico vendo o tempo todo na máquina, e lembro que preciso dessa máquina, não queria, mas sei que é importante. (U10.1)

Algumas características comportamentais foram investigadas, de modo a identificar às necessidades de saúde mental que se relacionam. Baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (1979), bem como nas escalas de depressão de Hamilton (Ham - D) e escala de depressão geriátrica yesavage (GDS -15), foi possível identificar

similaridades no comportamento que podem conduzir ações estratégicas a serem implementadas pela equipe interdisciplinar de saúde atuante nestes serviços.

Tabela 1 – Características comportamentais prevalentes nos usuários com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. (N=10) Município de região de saúde centro-norte, BA, 2014.

<i>CARACTERÍSTICAS</i>	<i>SIM N (%)</i>	<i>NÃO N (%)</i>
<i>BOM HUMOR</i>	5 (50%)	5 (50%)
<i>INSÔNIA</i>	7 (70%)	3 (30%)
<i>ANSIEDADE</i>	9 (90%)	1 (10%)
<i>ABORRECIMENTO</i>	7 (70%)	3 (30%)
<i>AUTO-ESTIMA BOA</i>	4 (40%)	6 (60%)
<i>MOTIVAÇÃO</i>	5 (50%)	5 (50%)
<i>DESISTIR DE VIVER</i>	2 (20%)	8 (80%)

Fonte: Dados da pesquisa

As características de ansiedade, aborrecimento e insônia estão presentes no relato da maioria dos usuários entrevistados. Estas podem ser determinadas pelo modo de enfrentamento à doença, como podem sofrer influências dos fatores fisiopatológicos gerados pela doença renal crônica, como o desequilíbrio hidroeletrólítico, aumento das escórias na circulação sanguínea e alteração da pressão arterial. A associação destes elementos potencializa os fatores estressores que podem interferir na adaptação e equilíbrio emocional durante a terapia dialítica.

A motivação é uma característica que precisa ser trabalhada constantemente com pessoas portadoras de doença crônica. A dependência de tratamentos terapêuticos e as limitações impostas pela doença interferem no dia-dia destas pessoas. Os profissionais de saúde que atuam com este perfil de usuários precisam buscar estratégias inovadoras para fortalecê-los neste aspecto. Percebe-se, a partir dos relatos, que a motivação está presente na metade dos entrevistados, mas todos expressaram esta característica como algo oscilante e variável, a depender da fase da doença, bem como dos aspectos sociais que os envolvem.

Apesar das expressões quanto as limitações e alterações na vida das pessoas com doença renal crônica, a maioria dos entrevistados relatou que gostam de viver e se esforçarão para manter as condições vitais controladas, na medida do possível. Expressam também que a doença, apesar de ter sido algo ruim, foi algo que ensinou a viver e jamais pensaram em desistir, associam a família como grande apoiadora e fortalecedora para permanecer no tratamento.

Fazer hemodiálise é relatado como uma dependência para a manutenção da vida, e considerada como uma alternativa de vida. Percebe-se com os depoimentos que há uma falta de entendimento do aspecto crônico do tratamento, bem como uma negação inicialmente. As pessoas com a doença renal crônica não aceitam que dependem da hemodiálise para sua sobrevivência, e quando passam a aceitar, consideram a adesão por falta de opção.

O grau de aceitação e enfrentamento do tratamento no processo terapêutico varia de acordo à pessoa e contexto de vida, e isto foi percebido de acordo ao grau de entendimento do problema, participação da família no processo terapêutico, acompanhamento e escuta dispensada pelos profissionais que os acompanham, bem como a liberdade que se pode conciliar com o compromisso do tratamento.

Há uma relação entre o grau de aceitação do indivíduo ao processo de adoecimento e adesão à terapêutica. As pessoas com maiores graus de aceitação tendem a ter menos complicações durante a hemodiálise, e melhor sobrevida ao tratamento. O termo adesão ao tratamento é a representação do conjunto de ações ou omissões do paciente, considerando além das atitudes imediatas, todo um complexo comportamental. (KAVEH, K., KIMMEL, 2001)

Já tem 12 anos e alguns meses que faço hemodiálise. Quando adoeci foi muito triste, não queria aceitar, mas o jeito foi encarar e ter que fazer a hemodiálise (U2.1).

Quando eu adoeci, eu não pensei em nada, só em aceitar, me falaram para eu não beber muito líquido, e ter cuidado com o que eu como, não é tudo que eu posso comer (U6.2)

Apesar de muitas vezes colaborar com o sucesso do tratamento, o ambiente da hemodiálise e a dependência do uso à máquina para a manutenção da homeostase não é o que agrada os indivíduos renais crônicos. Segundo os relatos, tanto os usuários e

enfermeiras enxergam o tratamento como uma alternativa de vida, mas se pudessem escolher, não estariam nestas dependências, idealizam o transplante como possibilidade de liberdade e qualidade de vida.

O impacto do tratamento dialítico pode ocasionar ao paciente renal crônico um progressivo e intenso desgaste emocional devido à necessidade de submeter-se a um tratamento longo que ocasiona limitação física e diminuição da vida social. (THOMAS;ALCHIERI, 2005)

Quando eu adoeci, eu pensei que a minha vida ia acabar. (U3.1)

[...] já que não tem outro jeito, a única opção é essa, tem que vir mesmo. (U1.2)

Há um sentimento de conformação no comportamento dos usuários. Apesar de aceitarem a hemodiálise, não expressam com satisfação a situação de saúde atual, e a depender desta aceitação, é perceptível comportamentos de condução do cotidiano normalmente, ou se sentem diferentes conforme as alterações na vida. Muitas vezes desenvolve uma expectativa de vida em torno da idealização do transplante como um fator condicional à melhor possibilidade de vida.

Se eu fizesse o transplante seria mais alegre do que sou. Só em sair da máquina é uma benção. (U1.7)

A hemodiálise é para mim, um tratamento indispensável, sendo uma oportunidade de manter minha saúde. (U9.2)

[...] eu não aceito ainda não, venho porque não tem outro jeito. (U7.5)

Hoje eu me vejo com um problema irreversível, mas que há tratamento, e que a gente pode viver bem, dentro dos limites. (U4.7)

A necessidade da terapia dialítica para a pessoa em tratamento de hemodiálise torna-se uma necessidade humana básica, uma vez que esta precisa rotineiramente utilizar desta tecnologia para a sua regulação hidroeletrólítica. No entanto, sua autonomia e liberdade devem manter preservadas, já que o tratamento tem que ser adequado à sua vida, e não oposto. Além disso, a pessoa tem o direito de tomar as decisões quanto à modalidade do tratamento em que prefere, como também, os horários de preferência para realização do seu tratamento

Os limites impostos pelo tratamento hemodialítico influenciam para que os pacientes enfrentem o tratamento de modo negativo, uma vez que compromete atividades cotidianas impactando, sobretudo nas atividades laborais e domésticas. (BARBOSA; VALADARES, 2009)

Depois que adoeci tive algumas limitações, principalmente para viajar, esta era uma das coisas que gostava muito de fazer. Antes eu também trabalhava em firmas, mas hoje não trabalho mais. (U2.2)

Depois que adoeci, mudou um pouco o meu jeito de viver, tenho que me conformar, tenho algumas limitações, não posso mais fazer as coisas, não tenho forças, antes eu trabalhava com todo o tipo de serviço, hoje não. (U6.6)

O enfrentamento da hemodiálise permite que a pessoa atribua a significância da doença e tratamento para a sua vida, no entanto o aspecto crônico da doença tende a influenciar na adaptação dessa nova condição de saúde. (BARBOSA; VALADARES, 2009)

O modo de condução da trabalhadora enfermeira, e o significado que atribui para o tratamento de hemodiálise pode ser significativo no modo de enfrentamento do usuário no serviço. Entender a hemodiálise como o resgate para a vida, e preservar a autonomia e liberdade do sujeito, deve ser visto como prioridade no processo terapêutico.

As alterações fisiológicas e as limitações físicas são enfrentadas como um desafio para algumas pessoas com doença renal crônica. O preconceito e as dificuldades com a auto-imagem são relatos recorrentes dentre os usuários do serviço de hemodiálise. Esta alteração na auto-imagem, muitas vezes é associada às alterações geradas no corpo, como a perda de massa muscular, o uso de fistula arteriovenosa (FAV) em membros superiores, e diante da dificuldade de acesso, o uso de acessos centrais, como o cateter de duplo lúmen e de longa permanência – sorenson ou permcath. As alterações geradas pela fistula arteriovenosa no membro dos usuários podem gerar transtornos psicológicos e sociais nos pacientes portadores de DRC. (OLIVEIRA, 2011)

[...] eu me sinto envergonhada, me sinto diferente, não posso fazer tudo o que eu quero, mas sei que eu preciso me sentir bem! (U7.14)

Outra situação que os geram este sentimento de diferença das demais pessoas são as limitações de determinadas atividades físicas, trabalhos que exigem muita força, pegar pesos com o membro do acesso vascular, ou até mesmo as limitações alimentares. Oliveira

(2011) refere ocorrer uma desorientação na identidade e na imagem corporal pelas alterações orgânicas geradas pela doença, sendo estes fatores que influenciam para o direcionamento da qualidade de vida.

[...] quem precisa da hemodiálise para viver não é ser normal. (U2.4)

Às vezes eu uso blusas longas para esconder o meu braço, as pessoas ficam me olhando diferente [...]. (U4.4)

A disciplina e acompanhamento profissional são algumas alternativas que permitem manter um equilíbrio para estas inquietações geradas no processo terapêutico. Permitir-se a uma relação terapêutica e de ajuda é uma possibilidade de ter apoiadores para enfrentar os desafios diários. Além do comportamento dos usuários e abordagem profissional, é indispensável que a sociedade enxergue o portador de doença renal crônica como uma pessoa normal, que apesar de suas limitações fisiológicas, são capazes de conviver e desenvolver o cotidiano como qualquer outra pessoa. Campos e Turato (2010) cita que apesar de uma desmistificação e adaptação do usuário, estes percebem que a população o enxergam como coisas de outro mundo.

A abordagem profissional pode ser colaboradora para o enfrentamento do usuário aos desafios com a sua construção corporal. Alternativas podem ser planejadas para diminuir estes conflitos, como oficinas e grupos que permitem relatar e expressar o significado de cada detalhe de seu corpo. Cruz e Araújo (2008) cita que a boa auto-estima reflete o julgamento da nossa capacidade ao lidar com os desafios da vida.

É muito bom ser normal e não depender de nada para viver, hoje eu dependo de fazer meu tratamento correto. (U8. 1)

Depois que eu adoeci, não tenho mais ânimo, não tenho mais amigos, me sinto excluída, me sinto envergonhada. (U10. 8)

Se aproximar das reações e da representação de cada usuário em seu processo de adoecimento permite que os profissionais atuem de modo singular, considerando as particularidades de cada pessoa. Apesar das pessoas em tratamento de hemodiálise ter um adoecimento em comum, a abordagem terapêutica deve ser diferenciada, já que esta tem intervenções do contexto psicossocial de cada um.

Conforme Horta (1979), a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano que integra um universo com constante interação e susceptível a mudanças que o levam a estado de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de hemodiálise gera inúmeras transformações no modo de viver das pessoas com doença renal crônica e exige uma adaptação para uma nova rotina e cuidados que precisam ser seguidos rigorosamente. A dependência de uma máquina dialítica para sobreviver contribui para um sentimento de vulnerabilidade e pesar. É comum no início do tratamento as pessoas não aceitarem a doença, e achar que já estão em processo de morte, deste modo tendem a se afastar das relações pessoais, e se sentem limitados a desenvolver atividades cotidianas, como o trabalho e lazer.

No decorrer do tratamento, passam a entender melhor o problema que vivenciam, no entanto enfrentam uma dualidade de sentimentos, por um lado a vontade de não está fazendo o tratamento de hemodiálise, por outro a aceitação, por perceber que as opções de terapias renais substitutivas são limitadas.

A enfermeira é a trabalhadora que permanece por maior tempo nos serviços de hemodiálise, e por esta aproximação, tem possibilidades de desenvolver uma ação terapêutica para além da assistência biomédica. Tal aproximação permite a enfermeira identificar as características comportamentais destes usuários e desenvolver planos de ação que considerem a peculiaridade de cada um. Dentre os cuidados da enfermeira para a saúde mental das pessoas em tratamento de hemodiálise, destaca-se: acolhimento, escuta qualificada, integração da família no processo terapêutico, educação em saúde.

A interação usuário – profissional permite criar vínculos e confiança, contribuindo para um ambiente de um serviço que funcione como um processo terapêutico para a regulação hemodinâmica e espaço para as relações sociais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Genesis de Souza and VALADARES, Gláucia Valente. **Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente**. Acta paul. enferm. [online]. 2009, V. 22, n.spel, pp. 524-527. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/14.pdf>> Acesso em 20 de julho de 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

CAMPOS, Claudinei José Gomes and TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo**. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, v. 63, n. 5, pp. 799-805. ISSN 0034-7167. Acesso em 22 de julho de 2017.

CASTRO, Mônica de, et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2003, v. 49, n. 3, pp. 245-249. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a25v49n3.pdf>> Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, Sylvania Geremias, and Isaac Rosa Marques. "Sentimentos do paciente portador de Doença Renal Crônica sobre a autoimagem." *RevEnferm UNISA* 2011; 12(1): 38-42. Acesso em 22 de julho de 2017.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. *J. Bras. Nefrol.* [online]. 2014, v.36, n.1, pp. 48-53. ISSN 0101-2800. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>> Acesso em 20 de junho de 2017

THOMAS, Caroline Venzon; ALCHIERI, João Carlos. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Aval. psicol.* [online]. 2005, v.4, n.1, pp. 57-64. ISSN 2175-3431. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a07.pdf>> Acesso em 23 de junho de 2017.

U.S. Renal Data System **2012 USRDS Annual Data Report**. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2012. Disponível em: <http://www.usrds.org/2012/pdf/v2_ch7_12.pdf> Acesso em 20 de junho de 2017.

DIABETES *MELLITUS* : REPENSANDO AS PRÁTICAS SOBRE O AUTOCUIDADO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cleuton Machado Cavalcante¹; Nádja Shirley de Andrade Cavalcante²

Enfermeiro. Faculdade Irecê - FAI; Docente - Cursos de Enfermagem e Farmácia. E-mail: cleuton.mc@gmail.com

² Enfermeira. Faculdade Irecê - FAI; Coordenadora - Curso Enfermagem, E-mail: nadjasmal0@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho discorrerá sobre a importância do autocuidado diante do usuário portador de Diabetes *Mellitus* tipo 2. Como objetivo de analisar as dificuldades encontradas pelo portador desta doença, na adesão ao autocuidado. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, onde a identificação das fontes se deu por meio de pesquisa em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e manualmente a livros. Os resultados deste estudo evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelos usuários para aderirem ao autocuidado, onde este apresenta alternativas diversificadas capazes de implementar os serviços de apoio aos portadores desta doença crônica, através de ações educativas e envolvimento dos mesmos em todas as etapas da construção do saber. Diante disso, sabemos que o controle eficaz desta patologia fortalece a resolutividade da assistência, reduzindo as complicações e ampliando a qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: diabetes tipo 2; auto cuidado; tratamento

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* configura-se hoje como uma epidemia mundial. E, isso deverá ser encarado como um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Arelado a este problema de saúde pública vem o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, configurando como os grandes vilões pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o Diabetes *Mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade desta de exercer adequadamente suas ações no organismo. Sendo assim, as conseqüências do Diabetes, a longo prazo, pode incluir disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, coração e vasos sanguíneos.

Diante disso, a realização deste estudo tem como grande questionamento: quais os entraves encontrados pelo portador de Diabetes *Mellitus* tipo II na adesão ao autocuidado?

Para Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003), cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar em 2030. Estima-se que no Brasil, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos. E mais, 46,5% dos pacientes em um estudo sobre prevalência em diabetes apontou um desconhecimento deste diagnóstico, culminando como um dos principais fatores de risco às doenças cardiovasculares que é a principal causa de morbimortalidade da população brasileira (BRASIL, 2001).

Estes dados nos deixa sensibilizados o quanto é necessário trabalhar a população de diabéticos para o controle da doença e prevenção das complicações, uma vez que a Sociedade Brasileira de Diabéticos (2007), faz-nos refletir quanto ao aumento do número de indivíduos diabéticos devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, conseqüentemente, maior sobrevida do paciente com tal problema cardiovascular.

É nessa perspectiva de melhoria da qualidade de vida que a Estratégia de Saúde da Família – ESF veio como um modelo de atenção à saúde que visa atender o usuário na sua integralidade, pressupondo a saúde como um direito à cidadania que é expressa em melhores condições de vida. Dessa forma, a abordagem dos grupos na ESF buscam criar ambientes de discussão capazes de sanar dúvidas quanto à patologia que são acometidos e buscar meios de prevenção às demais complicações (SCHIMITHETAL, 2004).

Sendo assim, esta produção tem como propósito maior analisar as dificuldades encontradas pelo portador de Diabetes *Mellitus* tipo II, na adesão ao autocuidado.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo foi acreditar que o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, através de uma equipe multiprofissional, possibilita a equipe responsável pelo cuidado dosusuários portadores do Diabetes Mellitus tipo 2, estabelecer vínculos de confiança com os mesmos, de forma a viabilizar a co-responsabilização dos pacientes no cuidado com a sua saúde e, dessa forma, minimizar os danos, complicações da doença, através da adesão dos mesmos ao tratamento medicamentoso, nutricional, físico e social.

METODOLOGIA

Para construção do presente estudo, foi feita uma pesquisa bibliográfica relacionada à temática em estudo, publicada nos últimos doze anos. A identificação das fontes bibliográficas se deu por meio de pesquisa em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e manualmente a livros, culminando com a localização e obtenção do material bibliográfico utilizados na elaboração do artigo. A leitura do material se deu de forma exploratória seguida de uma leitura seletiva e, posteriormente, uma leitura analítica, ou seja, uma leitura integral dos textos selecionados, identificação das ideias mais importantes, hierarquizando-as e sintetizando-as, levando-se em consideração os aspectos mais explorados pelos autores selecionados com relação à adesão ao tratamento do diabetes em todas as suas nuances, ou seja, aspectos objetivos e subjetivos, que tinham relação com o processo de adesão. Em seguida foi feita a leitura interpretativa e selecionados os principais aspectos relacionados à adesão ao tratamento do diabetes segundo a visão dos autores, conferindo o significado mais amplo aos resultados obtidos como leitura analítica.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Muitas são as evidências que nos permite acreditar na atenção primária à saúde, pois além da sua tradicional função de resolver mais de 90% dos problemas de saúde mais comuns, desempenha a função de coordenação do sistema de saúde, cabendo a esta integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados, de forma fragmentada, pelos sistemas de saúde convencionais (ALMEIDA et. al., 2011).

E mais, segundo Mendes (2007), os sistemas de saúde que são orientados pela atenção primária à saúde possuem muitos pontos positivos, que são: organizam-se a partir das necessidades de saúde da população; são mais efetivos por enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de

maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2013), o diabetes é uma das doenças crônicas de maior impacto nos gastos com saúde, pois quando mal controlado, traz complicações macro e microvasculares graves, que oneram os serviços de saúde. Além disso, causa em torno de 5% de todas as mortes globais por ano, sendo que 80% das pessoas que vivem com diabetes estão em países de baixo ou médio desenvolvimento. Porém, o que nos fortalece a refletir melhor é saber que as mortes por diabetes aumentarão em mais de 50% nos próximos 10 anos se medidas urgentes não forem tomadas.

O diabetes é uma das mais significativas doenças crônicas em nosso meio, onde estas figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, responsável por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. Gradativamente, o problema afeta as populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo isso tudo reflexo das grandes mudanças no estilo de vida, adotado pelas pessoas do mundo inteiro, sobretudo nos hábitos alimentares, tabagismo e níveis de atividade física (OPAS, 2003).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo que a hipertensão arterial e o diabetes *Mellitus* representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003), cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar em 2030. Estima-se que no Brasil, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos. Os dados do estudo multicêntrico sobre prevalência em diabetes revelou o alto desconhecimento da doença, em que 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de ser portador de diabetes (BRASIL, 2001).

Além disso, estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, apud BRASIL, 2013).

Com o envelhecimento do paciente diabético existem alguns problemas que podem afetar o tratamento, como o envelhecimento cerebral, redução dos hormônios contra regulatórios (catecolaminas e cortisol), redução do glicogênio hepático, catarata, enfermidades cardiovasculares e redução do potencial de sobrevivência. No entanto, os princípios básicos do tratamento no paciente idoso (acima de 65 anos de idade), não diferem daqueles estabelecidos aos indivíduos diabéticos mais jovens, incluindo os critérios no diagnóstico, na classificação e nas metas de controle metabólico (glicêmico e lipídico) e outros, como a pressão arterial e a massa corpórea (SBD, 2007).

Tanto o Ministério da Saúde quanto o Programa de Controle do Diabetes possuem um ponto em comum que é promover a formação e o aperfeiçoamento de profissionais que atuam na rede de atenção básica, de modo a estimular e aprimorar o desenvolvimento de ações e atividades de apoio e realização do auto cuidado pelo portador de diabetes (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, deve ser encorajada a participação frequente dos pacientes diabéticos em grupos de apoio, pois esta ação ajuda o paciente e a família no enfrentamento das alterações no estilo de vida que acontecem com o início do diabetes e suas complicações, além de compartilhar informações e experiências valiosas com outros portadores. Sendo assim, é preciso fortalecer o processo de educação permanente para que tenha impacto na prática de cada profissional e capacitá-lo a executar ações com a finalidade de desenvolver autonomia do cliente diabético para o autocuidado, construção de habilidades e desenvolvimento de atitudes que conduzam este portador à contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2013).

Segundo a teoria de Orem (2001) sobre o autocuidado, esta constitui na essência da teoria geral da enfermagem e identifica cinco métodos de ajuda, a saber: Agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro.

Smeltzer e Bare (2005) trabalham a promoção da saúde através de cuidados básicos junto à população, ensinando o autocuidado aos usuários e destacando a adesão ao

tratamento como a meta mais importante do cuidado que estes devem dominar. As condutas a serem tomadas pelo profissional de enfermagem são valiosas na promoção de habilidades de controle do autocuidado como se segue: 1. Abordar qualquer forma subjacente, como: déficit de conhecimento, déficit de autocuidado, doença que possam interferir no controle do diabetes; 2. Simplificar o esquema de tratamento, caso seja de difícil execução pelo paciente; 3. Estabelecer um plano específico ou acordo com o paciente, com metas simples e mensuráveis; 4. Fornecer o reforço positivo dos comportamentos de autocuidado realizados em lugar de focalizar os comportamentos que foram negligenciados; 5. Ajudar o paciente a identificar os fatores de motivação pessoal em lugar de focalizar o desejo do profissional de saúde e 6. Encorajar o paciente a perseguir metas de vida e interesse em desencorajar um enfoque indevido sobre o diabetes.

Diante das vivências na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF, sabe-se da grande importância do acompanhamento em grupo que está sendo focado neste trabalho, mas o atendimento individual permite conhecer o cliente, seus hábitos de vida, suas práticas de autocuidado e a melhor forma de estabelecer o processo educativo, além de estabelecer um vínculo entre o profissional e o usuário, importantes facilitadores deste processo.

Diante disso é que passamos a entender que a consulta de enfermagem permite uma relação mais próxima com o cliente, que se sente valorizado e importante. Além disso, considera-se a consulta de enfermagem uma ocasião conveniente para a realização da prática educativa, uma vez que os profissionais de enfermagem são capazes de instigar a prática do autocuidado nesses clientes utilizando ferramentas como o processo de enfermagem(SILVA, 1998).

Um aspecto importante a ser observado na prática educativa é o respeito à autonomia do indivíduo, pois, mais do que transferir conhecimentos, o educador deve abrir espaço para que seu público construa suas próprias perspectivas. Para que isso ocorra no processo de educação em saúde, os profissionais de saúde devem conhecer os clientes, suas perspectivas, seus anseios, para que possam guiar o processo de forma a satisfazer às suas necessidades (FREIRE, 1996).

Torna-se indispensável uma rede de apoio concisa para desenvolver atividades através de grupos terapêuticos para trabalhar um plano alimentar, estimular a participação ativa de todos, sanando dúvidas e trocando experiências diante dos diversos saberes. A técnica de grupos terapêuticos permite o compartilhamento de informações com outras pessoas e a troca das experiências vivenciadas com a doença. Esse intercâmbio de saberes contribui para a maior adesão da pessoa ao tratamento, já que possibilita o apoio mútuo dos participantes (TORRES, 2003).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que a Estratégia de Saúde da Família – ESF apresenta grande potencial para o enfrentamento da Diabetes atualmente no Brasil. Esta Estratégia visa a reorganização da atenção básica à saúde, devendo estar centrada na família e na promoção da qualidade de vida. As ações propostas pelo ESF vão desde a territorialização, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos até a proposição de visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, entre outras (VIEIRA-SANTOS et al., 2008).

Como este trabalho de construção da saúde é estruturado e centrado na pessoa é de fundamental importância manter-se uma comunicação eficaz e um relacionamento interpessoal, proporcionando um ambiente acolhedor propício a individualização de cuidados, permitindo um profundo conhecimento sobre os padrões de vida habituais, associado ao incremento dos resultados positivos (FONSECA et al., 2012).

O plano de cuidados desenvolvido pelos profissionais de saúde à pessoa diabética, deve inseri-los em todas as fases do processo educacional, pois para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o usuário precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalizem para o autocuidado. Para tanto, precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida (ROCHA et al., 2009).

Segundo Penna e Pinho (2002), uma outra atividade indispensável frente ao trabalho de autocuidado é a técnica de grupos operativos que permite o compartilhamento

de informações com outras pessoas e a troca das experiências vivenciadas com a doença. E, Torre *et al.* (2003) enfatiza que esse intercâmbio de saberes contribui para a maior adesão da pessoa ao tratamento, já que possibilita o apoio mútuo dos participantes.

Um aspecto importante a ser observado na prática educativa é o respeito à autonomia do indivíduo, pois, mais do que transferir conhecimentos, o educador deve abrir espaço para que seu público construa suas próprias perspectivas (FREIRE, 1996). Para que isso ocorra no processo de educação em saúde, os profissionais de saúde devem conhecer os clientes, suas perspectivas, seus anseios, para que possam guiar o processo de forma a satisfazer às suas necessidades (Penna e Pinho, 2002).

É a partir de uma assistência qualificada que esperamos um maior conhecimento relatado pelos diabéticos frente aos hábitos de vida saudáveis, fazendo com que os valores glicêmicos dos mesmos permaneçam em patamares aceitáveis pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por toda discussão no decorrer do trabalho e, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), a terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico são consideradas terapias de primeira escolha para o controle do DM, e, seus benefícios têm sido evidenciados na literatura. No entanto, percebemos também que é um grande desafio não só para os portadores desta doença a adesão a esses componentes do tratamento, mas também para os trabalhadores da saúde por estarem realizando um trabalho diferenciado.

Espera-se a partir desta produção que os leitores interessados em trabalhar com os portadores de Diabetes *Mellitus* tipo II, sejam sensibilizados quanto à importância do autocuidado para melhoria da qualidade de vida dos usuários, redução dos custos frente aos cuidados com estes clientes, bem como minimizar as possíveis complicações a partir dos conhecimentos adquiridos.

E, a partir da construção de conhecimentos dos trabalhadores, espera-se um trabalho mais humano e transformador da realidade, capaz de colaborar com evolução do sistema de saúde, sobretudo, com a atenção primária como ordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA P.F., FAUSTO M.C.R., GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*. Brasília, DF, 2001. 102p.
- _____. Cadernos de Atenção Básica, n° 36: *diabetes Mellitus*. Brasília, DF, 2013. 162p.
- _____. Cadernos de Atenção Básica, n° 16: *diabetes Mellitus*. Brasília, DF, 2006. 56p.
- FONSECA, C. et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 480-486, 2012.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- MENDES E.V., *Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: www.apseredes.org/site2013/blog/categoria/literatura-selecionada/apseredes Acesso em: 02 jan. 2014.
- OPAS. *Doenças crônicas-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2003.
- Organização Pan-Americana em Saúde – OPAS. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394&Itemid=1. Acesso em: 02 de nov. de 2013.
- OREM, D. E. *Nursing: conceptsofpractice*. 6 th ed. St Louis (USA): Mosby Inc., 2001.
- PENNA CMM., PINHO LMO. A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos. *Rev. Bras. Enferm* 2002;55(1):7-12.
- ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. D. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, p. 17-23, 2009.
- SCHIMITH, M.D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de programa saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.
- SILVA, M.G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal – a percepção do cliente. *Rev. Latino-Am. enfermagem*. 1998; 6(1):27-31.
- Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcei.exe?tabcei/sim/obiba.def>. Acesso em: 02 de nov. 2013.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: doença crônica*. Tradução de Brunner, L. S.; Suddarth, D. S. 10. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2005, p. 154-163.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Tratamento e acompanhamento do diabetes Mellitus : diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.
- TORRES, H.C. HORTALE, V.A. SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(4): 1039-47.
- VIEIRA-SANTOS, I. C. R. et al. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 2861-2870, 2008.

A MÁ POSTURA DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA MANIPULAÇÃO DOS PACIENTES ENQUANTO MOTIVADORA DE PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES

Cleuton Machado Cavalcante¹; Nádja Shirley de Andrade Cavalcante²

Enfermeiro. Faculdade Irecê - FAI; Docente: Cursos de Enfermagem e Farmácia. E-mail: cleuton.mc@gmail.com

² Enfermeira. Faculdade Irecê - FAI; Coordenadora - Curso Enfermagem; E-mail: nadjasna10@gmail.com

RESUMO

Considera-se que a má postura poderá estar diretamente relacionada com os técnicos de enfermagem, visto que estes, em suas atividades diárias, encontram-se intimamente ligados aos pacientes, realizando procedimentos como curativos, banho no leito, movimentação de pacientes. Atividades estas que, se não capacitados, podem levar os mesmos a utilizarem de posturas inadequadas em virtude da sobrecarga, precisando de um ritmo acelerado para cumprir suas atribuições. Os objetivos desta pesquisa foram: descrever má postura; discutir sobre a postura adequada; definir as funções do técnico de enfermagem na manipulação do paciente; compreender e descrever os problemas osteomusculares e conhecer as suas medidas preventivas. A análise da pesquisa foi de caráter bibliográfico, básica, explicativa e com abordagem qualitativa. Diante disso, percebeu-se que a má postura é a grande responsável pelo elevado índice de afastamento dos técnicos de enfermagem das atividades laborais por problemas osteomusculares.

Palavras-chave: Má postura; Problemas osteomusculares; Técnicos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os problemas osteomusculares estão diretamente relacionados com a postura adotada pelo ser humano, que pode ser definida como a organização de segmentos corporais que cada indivíduo faz, para garantir equilíbrio entre músculos e ossos com capacidade para proteger as demais estruturas do corpo humano de traumatismos e promover coordenação para as diversas necessidades de movimento. Para ser considerada normal, deve haver ausência de forças assimétricas sobre os segmentos corporais e, conseqüentemente, inexistência de dor (FALCÃO, MARINHO E SÁ, 2007). E ainda, o uso incorreto das estruturas

corporais leva 93% da população mundial a apresentar algum tipo de desvio postural em virtude das lesões biomecânicas.

Diante desses números alarmantes surgiu a inquietação de aprofundar neste assunto, passando a observar o aumento gradativo e freqüente de pacientes com o diagnóstico de Lesão por Esforço Repetitivo – LER e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT na área hospitalar, o que nos leva às discussões a respeito do quadro de técnicos de enfermagem, que ainda é insuficiente à quantidade de pacientes que fica sob a responsabilidade destes profissionais. Diante disso, advém uma sobrecarga de trabalho sobre os mesmos, dificultando o desenvolvimento das tarefas em tempo hábil e, forçando os técnicos a adotarem um sistema corrido para realizarem suas funções. E, é no decorrer desse sistema, que se percebe a pouca importância dispensada à postura adequada na manipulação dos pacientes, sendo freqüentes as queixas de profissionais com dores osteomusculares, favorecendo um elevado número de absenteísmo na instituição.

Os problemas supracitados nos levam a enveredar pelo campo social e refletir sobre as condições vivenciadas por estes profissionais ao serem afastados das suas funções em virtude do diagnóstico da LER/DORT, ficando os mesmos deprimidos, angustiados, sentindo-se inferiores, impotentes, onde muitos iniciam o uso de uma gama de medicamentos diários, que muitas vezes não têm o resultado esperado e vão à procura de exaustivos tratamentos, culminando com longos períodos de afastamentos do trabalho (BARBOSA, 2007).

Ainda segundo Barbosa (2007), a organização do trabalho interfere na vida do trabalhador, assim como o tempo que este trabalhador passa no ambiente de trabalho, pois quanto maior a jornada, menor será o tempo possível para o convívio familiar e quanto maior o cansaço, mais será afetada a qualidade do relacionamento do trabalhador com seus familiares. Pois, como já vimos, a irritabilidade e o desânimo prejudicam os contatos interpessoais.

Levando-se em consideração que a má postura acomete um grande contingente de profissionais, sobretudo, os técnicos de enfermagem, torna-se tão importante quanto indispensável para o meio em que se atua e, certamente, esta experiência pode ser levada para todo e qualquer ambiente de trabalho, buscando sempre implementar novas medidas capazes de atuar na prevenção de patologias que tornam o ser vital um alguém incapaz de produzir, valendo ressaltar que a promoção em saúde do trabalhador nem está esgotada

teoricamente nem deixa de surpreender pela forma como modifica a vida dos trabalhadores acometidos.

Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo: descrever má postura; discorrer sobre a postura adequada; definir as funções do técnico de enfermagem na manipulação do paciente; compreender problemas osteomusculares; descrever os problemas osteomusculares mais frequentes; conhecer as medidas preventivas para os problemas osteomusculares.

METODOLOGIA

Sendo esta pesquisa de caráter bibliográfico, básica, explicativa e com abordagem qualitativa, propõe-se a analisar a má postura dos técnicos de enfermagem na manipulação dos pacientes enquanto motivadora de problemas osteomusculares.

A escolha da técnica de revisão sistemática foi selecionada na perspectiva de se criar resumos do que já foi publicado sobre um tema e se obtém uma visão da conclusão geral de muitos autores especializados, na certeza de que os achados decorrentes desse tipo de estudo podem trazer contribuições substanciais à divulgação do conhecimento acerca do adoecimento laboral dos profissionais da enfermagem.

A realização da busca dos conhecimentos literários a respeito do tema foi via *on-line* com base de dados nacionais no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010, sendo pesquisadas as seguintes bases de dados: *Lilacs e Scielo*.

A busca das amostras foi constituída obedecendo aos seguintes critérios:

- periódicos nacionais e internacionais, publicados em português, no período de 1996 a 2008;
- artigos indexados pelos seguintes termos: "má postura equipe enfermagem"; "ergonomia equipe enfermagem"; "LER/DORT equipe enfermagem".

Deu-se o início da busca através da base de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online – Biblioteca Científica Eletrônica em Linha*). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: LER, DORT, enfermagem, onde foram encontradas cinco publicações favoráveis ao trabalho desenvolvido.

Na Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que registra a literatura técnico-científica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe, foram localizadas cinco publicações pertinentes ao tema desenvolvido.

Além destes sites encontrados foi utilizado também um manual do Ministério da Saúde, diretamente relacionado com a Saúde do Trabalhador que favoreceu o enriquecimento do trabalho (BRASIL, 2001).

Encerrou-se a pesquisa com uma amostra final constituída por 09 (nove) artigos e 01 (um) manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que preenchiam os critérios de inclusão e 01 (uma) tese de mestrado (VEIGA, 2007). Assim, a análise dos conteúdos foi realizada a partir dos artigos e do manual localizados.

Este trabalho insere-se nesse contexto, na perspectiva de estimular os gestores na introdução de práticas de lazer hospitalar, que visem o controle deste problema com base em intervenções preventivas e/ou terapêuticas.

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A POSTURA ADEQUADA

Considerando que a má postura é uma falta de relacionamento das várias partes corporais, a qual induz um aumento de sobrecarga às estruturas de suporte, podendo resultar em algia vertebral, (FALCÃO, 2007) que é a forma mais comum de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, resultando em custos substanciais para a sociedade (RADOVANOVIC, 2002).

Acredita-se que a utilização de recursos tecnológicos, melhoria dos espaços físicos, diminuição da carga de trabalho, ampliação do quadro de pessoal, formação e treinamento são alguns dos meios que poderiam ser utilizados para se obter uma postura adequada no trabalho com a melhoria da mecânica corporal pelos trabalhadores de enfermagem, já que 63,6% destes trabalhadores se afastam do serviço por problemas ligados ao sistema músculo esquelético. (ZANON e MARZIALE, 2000).

Este índice de afastamento está diretamente relacionado com as funções dos técnicos de enfermagem, sendo estas de caráter predominantemente assistencial, uma vez que estes profissionais realizam desde tarefas simples como cuidados higiênicos até tarefas de maior complexidade como o atendimento de pacientes em estado grave, assistência às urgências e administração de medicamentos. (CARVALHO e MARZIALE, 1998).

Além disso, sabe-se que os trabalhadores da equipe de enfermagem possuem uma ocorrência elevada de dor lombar, quando comparados a outros grupos de profissionais (RADOVANOVIC, 2002).

E, isso se torna facilmente compreensível quando se avalia os fatores de risco à saúde e segurança dos trabalhadores, que direta ou indiretamente se encontram relacionados ao trabalho aos quais os profissionais da enfermagem estão expostos, a saber: utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores. (BRASIL, 2001).

Segundo Radovanovic (2002), os fatores de risco para os trabalhadores, aumentam devido à falta de treinamento para o uso de equipamentos, técnicas e práticas impróprias de levantamento e a insatisfação no trabalho, que contribuem para uma postura inadequada e, conseqüentemente, à dor lombar.

Deve-se considerar também que a falta de atividade física prejudica os músculos, tornando-os flácidos e diminuindo sua força, o que pode causar instabilidade na coluna e encurtamento de suas estruturas (FALCÃO; MARINHO e SÁ, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as instituições fazem uso de estratégias de intensificação do trabalho e de controle excessivo dos trabalhadores, sem levar em conta as características individuais do trabalhador, os traços de personalidade e sua história de vida. Além do mais, quando os trabalhadores apresentam queixas de dor osteomuscular são vistos pela empresa como “fracos” ou “simuladores”, fazendo com que tais indivíduos persistam no trabalho e apenas se afastem quando apresentarem um elevado grau de cronicidade, recidivância e incapacidade. (HOEFEL et al, 2004)

Para tanto, diante desse processo de trabalho, ao qual estes trabalhadores estão submetidos, fica evidente a possibilidade de uma sobrecarga de trabalho exaustiva, podendo comprometer a qualidade da postura adotada por esse grupo de profissionais.

Dessa forma, podemos entender melhor que as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são os nomes dados às afecções de músculos, tendões, sinóvias (revestimento das articulações), nervos, faciais e ligamentos, isoladas ou combinadas, com ou sem degeneração de tecidos, as quais

atingem principalmente os membros superiores, região escapular e pescoço (ROSA, et al. 2008).

E ainda, segundo Rosa et al. (2008), essas doenças tornaram-se grandes problemas às instituições de saúde dos últimos anos, já que, a partir da década de 1980, passaram a ser a mais freqüente causa de afastamento do trabalho no mundo.

Zanon e Marziale (2000) constataram que a atividade de movimentação de pacientes acamados é a mais desgastante do ponto de vista físico, sobretudo, devido às posturas corporais assumidas pelos trabalhadores de enfermagem. Esta afirmação é reforçada por Filho, Oliveira e Cardoso (2006), quando relatam que o ambiente hospitalar possui procedimentos específicos do técnico de enfermagem, como na manipulação de pacientes, capazes de oferecer riscos à saúde do trabalhador, bem como doenças no decorrer da prestação de assistência ao cliente.

Torna-se perceptível, que dependendo do local de atuação e da função que desempenha, o trabalhador se torna, cada vez mais, predisposto aos riscos ocupacionais, visto que a saúde dos trabalhadores poderá ser afetada diretamente quando os riscos não forem controlados, já que a sintomatologia das doenças, muitas vezes, não é associada aos comprometimentos da sua saúde, que se mostra agravada pelo desconhecimento da relação saúde-trabalho-doença (FILHO, OLIVEIRA e CARDOSO, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são as afecções mais discutidas dentre os profissionais, já que afetam as diversas partes do corpo, culminando na maioria das vezes com o afastamento destes membros da sua equipe, com prejuízos, mais especificamente, para o profissional, a equipe e a instituição.

Sabe-se que a inadequação dos mobiliários e espaços associados a não utilização da boa postura pelos trabalhadores de enfermagem tem sido responsáveis por injúrias músculo-esqueléticas e perda de tempo de serviço. (ZANON e MARZIALE, 2000).

Marziale e Carvalho (1998), em estudo numa unidade de internação de um hospital em São Paulo, consideraram viável a adoção de um princípio de medidas médias para

GONÇALVES, M. B. L.; FISCHER, F. M. **Condições de trabalho de auxiliares de enfermagem de um instituto de ortopedia e traumatologia de um hospital público de São Paulo**. São Paulo, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 05 jan. 2010.

HOEFEL, M. G. **Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária**. São Paulo, dez. 2004. Disponível em <<http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 set. 2009.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. **Condições Ergonômicas do Trabalho da Equipe de Enfermagem em Unidade de Internação de Cardiologia**. São Paulo, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

MARZIALE, M.H.P.; ZANON, E. **Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados**. São Paulo, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 02 fev. 2010.

ROSA, A. F. G. et al. **Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem**. Paraná, 2008. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

RADOVANOVIC, C. A. T.; ALEXANDRE, N. M. C. **Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes: um enfoque ergonômico**. São Paulo, set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a03.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2010.

VEIGA, A. R. **Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar**. 2007. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

A RELAÇÃO MÃE E FILHA E SUAS IMPLICAÇÕES NA CONSTITUIÇÃO DA FEMINILIDADE

Rita Oliveira Sodré Alencar Machado

Psicóloga, Especialista em Teoria da Psicanálise de Orientação Lacaniana, Docente nos cursos de Enfermagem e Psicologia da Faculdade Irecê - FAI

RESUMO

O presente artigo aborda as particularidades existentes na relação entre mãe e filha, com o objetivo de compreender os efeitos psíquicos dessa relação e suas implicações na constituição da feminilidade. Levando em conta a afirmação lacaniana de que a relação entre mãe e filha é devastadora na maioria dos casos, a hipótese norteadora desse artigo aponta que a devastação é uma decorrência natural da falta de simbolização do sexo feminino. Assim, a devastação, decorrente dessa inexistência e, portanto, presente na vida das mulheres, termina por unir mãe e filha numa relação conflituosa e ambígua, na qual ambas se veem diante de uma mesma condição, enquanto mulheres, frente à ausência estrutural de um significante que represente a mulher no psiquismo humano.

Palavras-chave: Mãe. Filha. Mulher. Lógica Fálica. Feminilidade. Devastação.

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de reflexões surgidas a partir de uma prática clínica com mulheres e de estudos sobre a peculiar relação que se estabelece entre mãe e filha. Através da escuta do sofrimento de mulheres e adolescentes acerca de uma difícil relação vivenciada com suas mães foi percebido que uma de suas principais queixas estava relacionada à dificuldade ou impossibilidade que essas mulheres tinham em corresponder ao que era almejado por suas mães.

Um aspecto que se destacou foi a necessidade que essas mães tinham de que seus desejos, anseios, ou opiniões fossem não só reconhecidos, como adotados por suas filhas, as quais, em contrapartida, encontravam grande dificuldade em lidar, barrar, ou se posicionar diante do que era esperado por suas mães. Nessa relação existia de um lado uma mãe buscando certo tipo de afirmação e do outro uma filha que, de alguma forma, tentava se situar frente a esse desejo materno que muitas vezes se confundia, se tornava mais forte, ou até anulava o seu próprio desejo.

Diante dessas primeiras observações clínicas, algumas questões puderam ser formuladas. Primeiramente acerca da existência de especificidades que seriam próprias da relação entre mãe e filha, na medida em que muitas dessas mães, que também tinham filhos, não estabeleciam com eles relações tão conflituosas e ambíguas como as estabelecidas com suas filhas. Outra questão importante a ser levantada diz respeito à demanda materna, mais precisamente em que ela consiste e porque para a filha é tão difícil lidar ou até mesmo se desvincular dessa demanda.

Sobre essa dificuldade enfrentada pela filha, frente ao desejo materno, podemos constatar através da clínica que, na maioria dos casos, essa relação, que é construída até a adolescência, dificilmente permite uma diferenciação entre mãe e filha. Existe para filha certa dificuldade em estabelecer uma identidade feminina distinta da mãe. Alguns autores como Freud (1932), André (2011) e Drummond (2011) abordam essa questão e mencionam que a menina vivencia uma ambígua necessidade de estar ao mesmo tempo próxima e distante de sua mãe. Assim, essa relação, ao mesmo tempo em que é necessária e importante, também pode se tornar difícil e perigosa para a menina. O trabalho clínico e o estudo da teoria lacaniana no campo da sexualidade feminina mostram que a menina encontra maiores dificuldades, quando comparada ao menino, para lidar com essa situação, como se a relação com a mãe acarretasse para ela maiores estragos.

Quanto ao termo estrago, ele é utilizado por Lacan (1970), em um primeiro momento, para caracterizar as consequências decorrentes dos primeiros contatos da criança com o desejo materno. Posteriormente, Lacan (1972) utiliza o termo devastação para caracterizar, na maioria dos casos, a relação da menina com a mãe, de quem ela espera receber, enquanto mulher, mais subsídios que do pai. Os termos estrago e devastação, utilizados por Lacan, podem ser relacionados ao termo catástrofe empregado por Freud (1931), quando este assinala os impactos da relação primordial entre mãe e filha na constituição da feminilidade.

Nesse processo, de construção da identidade feminina, torna-se necessário compreender como esse processo ocorre ao longo do desenvolvimento psíquico da menina, a partir da sua relação com as figuras parentais, dentro do núcleo familiar, para depois compreendermos as manifestações dessas vivências na relação que mulher vai estabelecer com os ideais femininos trazidos pela sociedade.

Tomando como referência a psicanálise de Sigmund Freud, retomada por Jacques Lacan, vemos a importância da figura materna e as peculiaridades dessa relação na constituição da feminilidade na menina. A partir dessa constatação, o objetivo desse artigo é apresentar as elaborações freudianas sobre o desenvolvimento psíquico da mulher, apontando os esclarecimentos trazidos por Lacan acerca da feminilidade e da importância da figura materna nesse processo. Dentro desse contexto, a hipótese norteadora aponta que a devastação presente na relação que se constrói entre mãe e filha é uma decorrência natural da falta de simbolização do sexo feminino.

Quanto à metodologia, esta consiste numa pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, na qual serão utilizados textos de Freud, Lacan e de autores contemporâneos da psicanálise que abordam as especificidades do desenvolvimento sexual feminino e os efeitos dos complexos de Édipo e da castração no psiquismo da mulher, para que assim seja possível investigar alcançar o objetivo e investigar a hipótese norteadora desse artigo.

A FEMINILIDADE EM FREUD

Nas conferências “A Sexualidade Feminina” e “Feminilidade”, de 1931 e 1932, respectivamente, Freud aprofunda suas investigações acerca do desenvolvimento feminino, ressaltando principalmente a importância, a intensidade e a longa duração da fase pré-édipica e suas repercussões no psiquismo feminino. O pré-édipo, formado a partir da relação primordial da menina com a mãe, ganha nesse momento a relevância merecida, sendo tratado em articulação com a castração e o Édipo durante a inserção da menina na lógica fálica. Os conceitos de castração, Édipo e falo, por constituírem o cerne do desenvolvimento sexual infantil, são estreitamente articulados por Freud, que no ano de 1923 inaugura a tese de que no desenvolvimento de ambos os sexos o que prevalece é a primazia do falo.

Freud divide a sexualidade infantil em duas fases: pré-genital e genital. O que marca a passagem de uma para a outra tem relação com o momento em que a criança compreende a diferença anatômica entre os sexos. Na fase pré-genital a criança não percebe a diferença entre um sexo e outro, só existe para ela a distinção entre posições passivas e ativas.

A entrada na fase genital só ocorre a partir do complexo de castração, o qual se configura no momento em que a criança visualiza e compreende a diferença anatômica entre os sexos. Dessa forma, ao invés de interpretar essa diferença como a existência de dois órgãos, o feminino e o masculino, a criança, de ambos os sexos, interpreta essa diferença como: há seres que têm pênis e seres que não tem pênis. Por isso o que se inscreve no psiquismo são as conseqüências dessa diferença. (FREUD, 1923)

Assim, por conta do complexo de castração, o órgão feminino aparece tanto para a menina quanto para o menino, como algo irrevelado, mais precisamente como uma falta, como se ali tivesse que existir algo que não existe ou que foi retirado. E o pênis, por sua protuberância, por ser exterior e facilmente visível, termina por ser o único a se inscrever no inconsciente. Sobre a descoberta da diferença sexual feita pela criança, Miller (2003, p.15) comenta que “há um hiato entre a observação e as conseqüências que o sujeito elabora”.

Por esse caminho, Freud inaugura a ideia de que a sexualidade não é determinada exclusivamente pela anatomia. Por isso a divisão entre seres masculinos e seres femininos se dá a partir da maneira como cada sujeito se posiciona diante da lógica fálica. A questão deixa de ser exclusivamente biológica, ter ou não ter o pênis, e passa a ser simbólica, onde há algo que pode de fato ser perdido ou adquirido: o falo.

Assim, foi necessária a genialidade de Freud para reconhecer que o apóio no corpo biológico [...] é impotente quando se trata de definir a sexualidade humana. A assunção do sexo masculino ou feminino implica, para ambos os sexos, uma realidade a ser interpretada, e é nesse aspecto que as diferenças sexuais anatômicas desempenham um papel fundamental, quando não há uma tendência natural biológica que faria do macho um homem e da fêmea uma mulher. (FUENTES, 2012, p.99)

Um aspecto relevante é o fato de que antes da castração as semelhanças entre meninos e meninas são maiores que as diferenças, pois ambos tomam a mãe como primeiro objeto de amor, através de uma libido única: a masculina. Após a castração há uma diferenciação entre eles, ou seja, a partir de uma sexualidade única surgem duas posições subjetivas diferentes: a feminina e a masculina. O menino abandona o Édipo, retém o primeiro objeto original e sua zona erógena, enquanto que a menina precisa

abandonar a mãe para tomar o pai como objeto de amor e ao mesmo tempo realizar uma mudança de zona erógena principal: do clitóris para vagina. É a partir dessas diferenças, relacionadas à incidência do complexo de castração, que Freud passa a abordar as especificidades do complexo de Édipo feminino. (FREUD, 1925)

A primeira particularidade observada por Freud (1931) acerca do desenvolvimento feminino se refere à importância para a menina da fase pré-edípica. Ele percebe que uma intensa ligação com o pai termina por encobrir uma igual, intensa e exclusiva relação anterior com a mãe. Por isso, a relação primordial com a mãe apresenta longa duração e muitas vezes a menina encontra dificuldades para realizar a mudança em direção ao pai.

Intrigado com essas particularidades, Freud (1931) aprofunda sua investigação clínica. Uma importante questão que ele aborda se refere à entrada da menina no complexo de Édipo, momento em que a criança se liga ao genitor do sexo oposto, ao mesmo tempo em que rivaliza com o genitor do mesmo sexo. Ocorre que a entrada da menina e do menino no Édipo acontece em momentos diferentes. Enquanto a incidência da castração permite ao menino abandonar o Édipo e suas relações primordiais, para a menina isso é o que possibilita sua entrada no complexo Édipo. Ou seja, o que acontece para um não acontece para o outro porque enquanto a castração permite ao menino abandonar seus objetos de amor primordiais e se voltar para objetos externos, para a menina não há nenhum fenômeno parecido que possibilite o mesmo resultado.

Dessa forma a castração promove uma diferenciação sexual entre meninos e meninas, o que permite que ambos sigam caminhos distintos. Baseado nessa diferenciação, Freud (1931/32) aprofunda sua investigação sobre o desenvolvimento da menina. Ele observa que as particularidades desse desenvolvimento se relacionam diretamente às consequências e aos efeitos do complexo de castração no psiquismo feminino. Veremos o que ocorre com a menina após incidência da castração.

Diante da visualização e da imediata compreensão da diferença anatômica existente entre os sexos, as meninas logo se sentem em desvantagem e “se tornam vítimas da inveja do pênis” (FREUD, 1932, p.125). Fato que deixa em seu psiquismo marcas permanentes. Sobre isso Freud diz que a menina “alimenta por longo tempo o desejo de possuir algo semelhante... mesmo quando vê que de fato é algo irrealizável... a ideia persiste no

inconsciente e conserva uma considerável catexia de energia” (FREUD, 1932, p.125). É nesse momento que a menina compreende a castração materna. A mãe, até então amada e onipotente, se revela para filha desprovida de pênis. A filha, então, culpa a mãe por sua falta de pênis e não a perdoa por tê-la feita desprovida desse órgão. Assim, ao mesmo tempo em que começa a depreciar o sexo feminino, a menina procura de alguma forma compensar sua ferida narcísica. Então, a inveja do pênis se instala e o caminho para o pai está aberto. É através dessa decepção, em que o grande amor se transforma em ódio e hostilidade, que se torna possível o afastamento entre mãe e filha.

No entanto, esse afastamento é algo complexo e de difícil superação. Por essa razão, Freud (1931), apesar de apontar esse afastamento, também faz questão de ressaltar que ele não ocorre completamente. O ódio e a decepção continuam a influenciar o psiquismo da menina e podem persistir por muitos anos, isso porque uma parte desses sentimentos consegue ser sublimada, enquanto a outra parte não sublimada fica no psiquismo como um resto. Segundo André (2010, p.223), a relação da menina com a mãe se configura como “a história de uma separação sempre adiada”.

Dessa maneira, o complexo de castração, além de promover certo afastamento, também possibilita outras repercussões importantes. Freud (1931) menciona que diante da castração a mulher encontra três saídas possíveis: A inibição sexual, o complexo de masculinidade e a feminilidade, sendo esta última considerada por Freud como a saída normal para desenvolvimento feminino.

Na inibição sexual, a menina, que até então se comportava de forma masculina, obtendo prazer de seu clitóris e dirigindo essa atividade à mãe, ao se deparar com a castração renuncia toda sua atividade sexual. Ela se decepciona e abandona completamente a masturbação clitoridiana por considerar seu órgão inferior em comparação ao órgão masculino. Nesse caso ela abre mão da satisfação fálica e de qualquer atividade sexual.

No complexo de masculinidade ocorre o oposto da inibição. Ao invés de abandonar a atividade clitoridiana, a menina a intensifica e passa a exacerbar sua masculinidade. O desejo do pênis está presente em grande intensidade. Em casos extremos, esse complexo pode levar a menina a uma escolha de objeto homossexual. Freud (1932, p.129) aponta que a menina se apega a uma “identificação com a mãe fálica ou com o pai”.

menino ou menina, vivencia a força e a presença desse desejo. Em relação à Freud, Lacan vai além e aborda não somente o lugar da mãe no desejo da criança, como também o oposto, o lugar da criança no desejo materno.

Ao estabelecer o lugar da criança no desejo da mãe, Lacan (1956) faz referência a Freud e situa o falo como uma das faltas de objeto que a mulher vivencia, sendo responsável pela sua vinculação com a criança. Vimos em Freud (1931) que a inveja do pênis impulsiona a mulher a buscar um substituto fálico, que é representado inicialmente pelo filho. Dessa forma, é através da criança que a mãe busca uma maneira de compensar sua falta fálica. Lacan (1956) afirma que a criança esperada pela mãe corresponde inicialmente à imagem do falo desejado por ela. Nesse primeiro momento, por conta dos cuidados maternos, a criança acredita corresponder ao que realmente é desejado por sua mãe. Assim, a falta materna fica velada.

No entanto, Lacan (1956) salienta que essa relação está longe de ser harmoniosa. Há sempre discordâncias entre a imagem da criança real e a imagem fálica almejada pela mãe. Essa discordância permite que a criança comece a perceber a diferença existente entre a satisfação que ela oferece e aquilo que a mãe realmente deseja.

É por conta dessa discordância que a criança começa a compreender que ela não corresponde ao falo desejado pela mãe. A criança reconhece tanto a sua falta fálica quanto a falta fálica da mãe, e isso institui para ela um enigma: o que sua mãe deseja? A criança que até então acreditava ser o falo materno, se vê nesse momento destituída desse lugar. Por isso é necessário a intervenção de um quarto elemento que seja capaz de situar para a criança a verdadeira localização do desejo materno. Quem cumpre essa função é a figura paterna, a qual entra nessa dialética como o representante do falo. Isso permite à criança sair desse lugar privilegiado e ao mesmo tempo ameaçador, e encontrar um lugar para si, enquanto sujeito, na dialética simbólica. (LACAN, 1958)

No que se refere ao período da infância, o rompimento dessa relação primordial entre mãe e filho coincide com a incidência do complexo de castração. A partir desse momento, como vimos, meninos e meninas seguem caminhos diferentes. Ambos abandonam a mãe e se voltam para o pai. O menino faz com o pai uma identificação viril e a menina busca nele uma compensação para sua falta fálica, já que o pai, enquanto homem,

não pode lhe oferecer uma identificação feminina. Por isso, apesar de diferenciarem após a castração, meninos e meninas tomam como referência o mesmo e único significante fálico fornecido pelo pai. Veremos mais adiante as repercussões desse fato no psiquismo feminino.

A partir da castração, a menina descobre que, assim como sua mãe, lhe falta o falo. Ao perceber que além de não ser o falo para a mãe, também não o possui, a menina se volta para o pai, na esperança de obtê-lo, inicialmente desejando o órgão e posteriormente um substituto. Isso só se torna possível porque ela reconhece o pai como o portador do pênis real e como aquele capaz de lhe dar o que deseja. Logo que se depara com sua falta, a menina deseja repará-la, mas para entrar na dialética simbólica é preciso que ela renuncie o desejo inicial do pênis e busque algo além do órgão. Nesse momento o desejo de ter uma criança surge como um substituto do desejo do pênis, e como um dom recebido do pai. Dessa forma a menina sai da relação imaginária com o pênis, abandona um desejo impossível de ser realizado e entra na ordem simbólica na qual poderá obter algum tipo de compensação, capaz de amenizar sua falta fálica. (LACAN, 1957).

Nesses termos, Lacan, em suas primeiras elaborações sobre o desenvolvimento feminino, concorda com Freud e menciona que a assunção de uma posição feminina depende da entrada da menina na lógica fálica, ou seja, na dialética simbólica. Assim, a solução encontrada pela mulher diante da falta referente ao seu sexo é tomar o significante fálico, através de uma vinculação com pai.

Em relação à mãe, a menina sofre uma dupla decepção: a primeira é a descoberta de que à mãe falta o falo, enquanto que a segunda refere-se à ausência de um significante que represente a mulher no inconsciente e que seja capaz de fornecer à menina uma identidade feminina. No desenvolvimento sexual infantil, como vimos até agora, o menino encontra junto ao pai uma identidade masculina através do falo. Já a menina não encontra junto a mãe um significante feminino, porque à mãe também falta esse significante. Vimos desde Freud que o representante psíquico que designa o sexo feminino é inexistente, e que por isso só existe o falo para designar a diferença entre os sexos. Então, tudo que a mãe pode oferecer à filha se encontra no campo fálico e está pautado na inveja do pênis.

Portanto, no que se refere à feminilidade, nem a mãe e nem o pai, que aparecem enquanto substitutos, podem oferecer à menina aquilo que ela deseja. A menina, então, tem que passar pelo significante fálico, um significante que simboliza a masculinidade, para ascender à posição feminina. Desse modo, ela se insere inicialmente na lógica fálica como forma de fazer suplência à inexistência do significante da mulher, que, na verdade, não existe.

É, portanto, a partir do significante fálico que ambos os sexos se posicionam. No caso da menina vimos que essa inserção tem uma importância maior. Como a menina não possui um significante que represente seu órgão sexual da mesma forma que o falo representa o pênis para o menino, ela precisa, além de reparar sua falta de pênis, tentar simbolizar a ausência desse significante. Com o avançar da teoria, a partir da elaboração das fórmulas da sexuação, Lacan (1970) afirma que a mulher, diferente do homem, não se insere totalmente na lógica fálica. Uma parte de seu ser permanece sem simbolização, por conta da ausência do significante feminino. É essa vertente não toda fálica do desejo feminino que vai possibilitar a caracterização da feminilidade propriamente dita.

Por isso dizemos que a mulher está na função fálica, mas está não-toda. Frente à impossibilidade de simbolizar o sexo feminino, e, portanto, diante de um gozo não-todo fálico, um sujeito feminino poderá inventar soluções diversas. Uma delas, como nos diz Bessa (2010) baseando-se em Lacan, pode ocorrer pela via da identificação ao pai. Isso é o que caracteriza a histérica, cuja questão gira em torno do que é ser uma mulher. Assim, o sujeito histérico, conforme Lacan (1955/56), transforma essa não simbolização na pergunta “o que é ser uma mulher?”. Para responder a essa questão a histérica vai se identificar ao homem, portador do falo, e dirigir sua questão para outra mulher.

No entanto, Lacan (1955/56) salienta que na psicose o que está em questão é o tornar-se A mulher. Essas considerações permitem admitir que a impossibilidade de apreender a mulher no caminho simbólico está para qualquer sujeito. Enquanto na histeria o sujeito recorre a uma identificação ao pai, para fazer sua questão sobre a mulher, na psicose o sujeito recorre a uma solução psicótica, que é tornar-se A mulher. Dora, como histérica, recorre ao Sr.K para chegar à Sra. K e para assim tentar descobrir os mistérios que envolvem a feminilidade. (FREUD, 1905)

Todas essas considerações possibilitam admitir que é para suprir essa não inscrição da mulher no inconsciente que há a inscrição fálica nos sujeitos neuróticos. Mas há um limite, pois o falo não responde inteiramente pelo desejo feminino. Vale ressaltar que se a mulher padece de uma não inscrição no simbólico, no sentido de que há um inassimilável à ordem significante no que diz respeito à mulher, a devastação pode ser considerada como um efeito dessa não simbolização. Bessa (2010) admite que a devastação pode então ser considerada como o retorno no real do que está fora do simbólico.

É importante deixarmos claro que Lacan, no primeiro momento de seu ensino, manteve fidelidade à Freud, no que se refere a uma vinculação entre Édipo, falo e castração. No avanço da sua obra, Lacan (1970, p.135) vai fazer uma desvinculação entre esses três conceitos, ao definir a castração como uma "operação real introduzida pela incidência do significante, seja ele qual for, na relação com o sexo". Assim, a castração passa a ser vista como um efeito da linguagem, retirando do pai essa função. A castração será abordada como resultado da inserção do sujeito no campo da linguagem, enquanto que a metáfora paterna será reelaborada a partir do gozo do pai, até então "velado".

Enquanto na metáfora paterna o pai só tinha função de barrar o desejo materno, agora ele também aparece como aquele que toma a mãe enquanto mulher. A mãe enquanto sujeito barrado também é a mulher que a partir da intervenção do homem se apresenta "dividida", podendo se colocar na posição de objeto para a fantasia desse homem. Essa reformulação permitiu apontar a falta e o gozo do pai, até então velado, bem como a divisão da mãe em mulher. Esse fato também se apresenta como algo importante na constituição da feminilidade da filha, porque é a partir da relação que o pai estabelece com uma mulher que a filha pode localizar o lugar de uma mulher no desejo de um homem. No entanto, os efeitos da relação da menina com o pai na constituição da sua feminilidade, apesar de sua extrema importância, não serão abordados nesse artigo, cujo foco principal é abordar a ligação existente entre a relação da menina com sua mãe na constituição da feminilidade. Veremos no próximo tópico os efeitos psíquicos dessa relação que se constrói a partir de uma inexistência estrutural: a ausência do significante da mulher.

A DEVASTAÇÃO COMO EFEITO DA NÃO SIMBOLIZAÇÃO DO SEXO FEMININO

Como vimos, o sexo feminino tem uma característica de vazio, de ausência, uma vez que não há um significante que represente a mulher no inconsciente. Isto vai corresponder em termos lacanianos ao enunciado: “A mulher não existe”. O falo como o significante da falta e do desejo é o que vem responder a essa inexistência. Desde Freud (1923), como já foi salientado, o falo é o único representante do sexo no inconsciente. Assim, é para fazer suplência a essa não representação da feminilidade no inconsciente que existe a inscrição fálica. Como vimos, a passagem da menina da fase pré-edípica para o complexo de Édipo é marcada por dificuldades, considerando que a relação com o pai não faz desaparecer para ela a relação primária com a mãe. Enquanto para Freud (1925) existe nessa relação primordial algo da ordem de uma catástrofe, Lacan (1972) admite que essa relação é caracterizada, na maioria dos casos, por uma devastação. Sobre a origem desse termo:

O termo devastação (*ravage*) é um termo derivado de arrebatado (*ravir*). O próprio verbo arrebatado (*ravir*) é originado do latim popular *rapire*, um verbo que quer dizer “apreender violentamente” e que derivou a palavra raptado: que se pega à força, que se arranca. O verbo arrebatado é também um termo da mística, assim como deslumbramento (*ravissement*). Isso quer dizer que se é transportado para o céu, na língua clássica. E, no horizonte do arrebatado, há o êxtase. (MILLER, 2003, p.20)

Sobre esse termo, Bessa (2010) comenta que a devastação comporta duas direções, a do êxtase ou a da suprema felicidade e a da destruição. Vimos, em Freud, que a relação entre mãe e filha comporta sentimentos opostos, e que a menina ao mesmo tempo em que sente necessidade de estar perto, sente o oposto, uma necessidade de se afastar. Assim, pela própria inexistência estrutural do significante feminino e pela conseqüente demanda dirigida à mãe em busca de referências acerca da feminilidade, a menina termina ficando mais vulnerável ao desejo e ao gozo materno, e, portanto, permanecendo no registro da demanda.

No entanto, apesar de não encontrar junto à mãe um significante que a represente, a menina termina encontrando na figura materna elementos que permitem constituir algum tipo de identificação feminina, ou seja, alguma maneira de instituir algo diante dessa

ausência referente ao seu sexo. Vimos em Freud (1932), que a menina, ao se tornar mãe, busca na sua mãe subsídios acerca da maternidade e do que é ser mãe. Da mesma forma, ao se colocar numa parceria amorosa, ela também busca referências maternas acerca de como uma mulher se posiciona frente a um homem. Mencionamos que o pai também possui importância nessa questão, pois se ele toma a mãe enquanto objeto na sua fantasia, é possível à filha compreender qual é o lugar reservado a uma mulher no desejo de um homem. Apesar de não oferecer a filha o significante feminino que não existe, a mãe pode fornecer referências sociais e culturais que podem, de alguma forma, permitir à filha construir alguma significação acerca do que é uma mulher e sobre o seu papel social.

Entretanto, os subsídios oferecidos pela mãe, apesar de proporcionarem algum tipo de compensação frente à falta vivenciada pela filha, não são suficientes para permitir a constituição de uma identidade feminina propriamente dita. Essa relação, ao mesmo tempo em que fascina a filha, também lhe causa muitos estragos, posto que não é capaz de oferecer uma significação que possa lhe “salvar” da devastação decorrente da inexistência estrutural do significante feminino. Por esse motivo, as demais relações estabelecidas pela mulher ao longo de sua vida, apesar de proporcionarem algum tipo de apaziguamento, serão sempre marcadas por essa ausência abissal e pela devastação decorrente dela (BESSA, 2010).

CONCLUSÃO

Observamos ao longo do artigo que as especificidades da relação entre mãe e filha são decorrentes do fato de ambas, enquanto mulheres, compartilharem a mesma condição frente à inexistência de um significante feminino. Percebemos que Freud já apontava a existência no psiquismo de um único significante, o masculino (falo), para designar a diferença psíquica entre os sexos. Apesar de abandonar a mãe enquanto objeto de amor e dirigir-se ao pai, a menina não adquire com essa mudança uma significação acerca da feminilidade.

Concluimos, portanto, que a passagem que a menina faz da mãe para o pai não ocorre completamente porque ela não se desvincula da demanda dirigida à mãe na esperança de que a mesma lhe forneça um significante feminino, ou melhor, uma

significação que possa comportar o seu corpo feminino, vivenciado por ela como portador de uma falta. Outro importante fator que foi observado a partir de formulações freudianas se refere à equação entre feminilidade e maternidade. Para Freud a feminilidade é alcançada quando a menina se volta para o pai a partir do desejo de ter um filho. Assim, foi possível observar que a constituição da feminilidade, a partir da maternidade, se apresenta como uma solução pautada exclusivamente em um desejo fálico que busca reparar não somente a falta fálica da menina como a falta de um significante propriamente feminino. Como a referência fálica não traz respostas acerca da ausência do significante da mulher, a solução freudiana, ao invés de elucidar a questão da feminilidade, termina por conservá-la como um verdadeiro enigma.

Constatamos que só a partir das contribuições lacanianas, foi possível aclarar essa questão. Vimos que inicialmente Lacan concorda com Freud, ao reconhecer a importância da entrada da mulher na dialética fálica, além de dar uma maior importância ao desejo materno na vida da criança. Quanto à natureza desse desejo, notamos que ele, mesmo sendo importante e essencial, também comporta uma vertente danosa e perigosa porque é através desse desejo que a mãe tenta reparar sua falta fálica.

No entanto, vimos que a grande contribuição de Lacan diz respeito à natureza da sexualidade feminina, até então encoberta pelo enigma da feminilidade. Ele destacou que uma parte do ser feminino permanece fora da simbolização, ou seja, que a mulher não se submete completamente ao significante fálico, sendo essa peculiaridade responsável pela caracterização da feminilidade propriamente dita. Frente à ausência de um significante que designe a mulher enquanto tal, a solução encontrada pelo sujeito feminino é se inserir na lógica fálica, na tentativa de fazer suplência à essa inexistência estrutural.

Foi possível compreender que a significação fálica não é capaz de representar a vertente feminina que fica fora da simbolização, e que, por isso, a mulher, por sua condição feminina, se encontra diante de um grande impasse: a ausência estrutural de um significante feminino versus a existência de um único significante masculino, que não é capaz de representar a parte não simbolizável de seu ser. Assim, a menina apresenta uma grande tendência a permanecer no registro da demanda endereçada à mãe, na esperança de obter desta aquilo que a significação paterna não foi capaz de lhe oferecer.

Podemos, então, comprovar a hipótese inicial de que a devastação, mencionada por Lacan para caracterizar a relação entre mãe e filha, surge como uma decorrência natural frente a essa ausência estrutural, na medida em que a filha esperar receber da mãe o significante feminino que não existe. Constatamos o quanto essa posição frente ao Outro materno é devastadora para uma filha, podendo refletir, inclusive, nas suas parcerias amorosas.

Destacamos, ainda, que a devastação revela duas vertentes: uma ligada ao significante fálico, tomada como solução frente à inexistência do significante feminino, e outra ligada ao que vai além da lógica fálica, mais precisamente ao gozo feminino impossível de ser simbolizado. Desse modo, frente à real impossibilidade de simbolizar a feminilidade, constatamos que resta a mulher, diante desse fato, inventar as mais diversas soluções, ou melhor, os mais diversos semblantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- BROUSSE, Marie-Hélène. **Uma dificuldade da análise das mulheres: a devastação da relação com a mãe**. In: *Ornicar?* De Jacques Lacan a Lewis Carroll, Rio de Janeiro, Zahar, 2004.
- BESSA, Graciela de Lima Pereira. **A devastação e a Verwerfung d'A mulher**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- DRUMMOND, Cristina. **Devastação**. In: *Opção Lacaniana online*. Ano 2, número 6, novembro de 2011.
- FREUD, Sigmund. **Fragmento da análise de um caso de histeria**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1905].
- _____. **A organização genital infantil: Uma interpolação na teoria da sexualidade**. In Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1923].
- _____. **A dissolução do complexo de Édipo**. In Edição Standard Brasileira das Obras Completa de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1924].
- _____. **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. In Edição Standard Brasileira das Obras Completa de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1925].
- _____. **Sexualidade feminina**. In Edição Standard Brasileira das Obras Completa de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1931].
- _____. **Feminilidade**. In Edição Standard Brasileira das Obras Completa de Sigmund Freud, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1996[1932].
- FUENTES, Maria Josefina Sota. **As mulheres e seus nomes: Lacan e o feminino**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008[1955-1956], p.189 a 213.

_____. **O seminário, livro 4: A relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995[1956-1957], p.9 a 236.

_____. **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999[1957-1958], p.149 a 364.

_____. **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. [1969-1970], p.91 a 139.

_____. **O seminário, livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.1999[1972-1973], p.9 a 56.

_____. **O Aturdido** (1972). In: Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.465.

_____. **O seminário, livro 23: O Sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2007[1975-1976], p.88 a 98.

LAURENT, Éric; MILLER, Jacques Alain. **O outro que não existe e seus comitês de ética**. Curso de Orientação Lacaniana. Aula de 5 de 18 de dezembro de 1996.

MILLER, Jacques Alain. **Uma partilha sexual**. In: Clique, Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano, O sexo e seus furos, n.2, ago. 2003.

_____. **O que fazer com o gozo?** In: *O desejo é o diabo: as formações do inconsciente em Freud e Lacan* – Stella Jimenez e Manoel Barros da Mota (orgs) – Contra Capa Livraria, 1999.

ZALCBERG, Malvine. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

INTERDISCIPLINARIDADE:**uma abordagem no curso de graduação em enfermagem**

Nadja Shirley de Andrade Cavalcante¹; Cleuton Machado Cavalcante²; Maria da Conceição Araújo Correia³

¹Especialista em Docência do Ensino Superior pela UNOPAR, Especialista em Saúde do Trabalhador pela UNINTER, Mestranda em Administração com ênfase em Gestão de Organizações de Ensino Superior pela FPL, Licenciada e Bacharel em Enfermagem pela UEPB, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Irecê (FAI). E-mail: nadjasna10@gmail.com

²Especialista em Saúde do Trabalhador pela UNINTER, Licenciado e Bacharel em Enfermagem pela UEPB, Professor da Faculdade Irecê (FAI). cleuton.mc@gmail.com

³Mestra em Gestão e tecnologias aplicadas à educação, pela UNEB, *CAMPUS I* — Salvador/BA, pedagoga pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) — Recife/PE, professora do DCHT — *CAMPUS VXI* — Irecê/BA, coordenadora acadêmica da Faculdade Irecê (FAI). E-mail: conceicao_63@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho resulta do estudo realizado no curso de especialização em docência do ensino superior pela universidade norte do paraná (UNOPAR) com o título *interdisciplinaridade: uma abordagem no curso de graduação em enfermagem*, tendo como objetivo compreender as perspectivas e limitações de uma abordagem interdisciplinar no curso de graduação em enfermagem da FAI. Para tanto, fez-se necessário analisar desde o projeto pedagógico do curso à atividade interdisciplinar delineada em sala de aula a partir do seguinte objetivo geral: compreender as perspectivas e limitações de uma abordagem interdisciplinar no curso de graduação em enfermagem da FAI, e os seguintes objetivos específicos: descrever uma experiência pedagógica interdisciplinar no curso de enfermagem; identificar os desafios da prática docente numa perspectiva interdisciplinar e analisar a atividade interdisciplinar, suas limitações e suas contribuições para o processo formativo dos acadêmicos. Para tanto, esta pesquisa tem a abordagem qualitativa de natureza descritiva, utilizando o método da observação participante. Assim, a análise de dados desenvolveu-se a partir das seguintes categorias: contribuições e desafios de uma abordagem interdisciplinar, orientada pela técnica de análise de conteúdo, fundamentada por Bardin(2010). Constatou-se, a partir do estudo que as concepções aqui discutidas, amparadas pelos referenciais teóricos, apresentam dados relevantes tanto para a instituição, no que se refere à gestão de ensino voltada à formação continuada de seus docentes, quanto para os docentes no que se refere à reflexão de sua prática, o que implica no aprimoramento do processo formativo graduando, contribuindo para a consolidação do perfil profissional perspectivado pela FAI.

Palavras-chave: Ensino superior. Interdisciplinaridade. Prática docente.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho resulta do estudo realizado no Curso de Especialização em docência do ensino superior pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) com o título *Interdisciplinaridade: uma abordagem no curso de graduação em Enfermagem*, tendo como

objetivo compreender as perspectivas e limitações de uma abordagem interdisciplinar no curso de graduação em Enfermagem da FAI, uma vez que muitos conceitos foram introduzidos no contexto educacional, buscando analisar a prática docente visando à construção de um perfil profissional que atenda as demandas contemporâneas de formação.

Para tanto esta pesquisa tem a abordagem qualitativa de natureza descritiva, utilizando o método da observação participante e análise documental, sendo norteada pelos seguintes objetivos específicos: realizar revisão da literatura; descrever uma experiência pedagógica interdisciplinar no Curso de Enfermagem, Identificar os desafios da prática docente numa perspectiva interdisciplinar e analisar a atividade interdisciplinar, suas limitações e as suas contribuições para o processo formativo dos acadêmicos.

Dentre as possibilidades existentes para ser alvo deste estudo foi escolhido o segundo semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Irecê – FAI, uma vez que integro a equipe administrativa desta instituição de ensino superior na condição de coordenadora do curso de enfermagem.

Assim, a temática deste trabalho busca fomentar a reflexão da práxis docente no sentido de atender tanto as exigências educacionais como as exigências do mundo do trabalho. Para tanto, foi considerada para este estudo a seguinte questão norteadora: Quais as perspectivas e limitações de uma abordagem interdisciplinar no curso de graduação em Enfermagem da FAI?

Desse modo, o propósito deste estudo está em realizar um trabalho, com uma pesquisa acerca da observação das perspectivas e fragilidades que permearam o processo de implantação da atividade interdisciplinar no segundo semestre do curso de graduação em enfermagem da FAI. Portanto, considera-se a temática discutida nesta pesquisa relevante, visto que compreender as perspectivas e limitações da prática docente numa perspectiva interdisciplinar é uma necessidade para fomentar as reflexões acerca da referida práxis diante das exigências educacionais do mundo contemporâneo.

O artigo tem início com uma introdução, onde contextualiza e justifica a relevância do tema, além de descrever os objetivos. O texto está organizado em mais quatro seções, a segunda seção traz o histórico do Ensino Superior no Brasil e sua legislação. A terceira seção aborda conceitos referenciais necessários para melhor compreensão do

desenvolvimento da pesquisa, fundamentados em Romanelli (2001), Pimenta (2014), Morin (2000, 2009), Fialho (2010), Fazenda (1994, 1998, 2009), Paviani (2003). A quarta seção descreve e analisa a abordagem interdisciplinar e a quinta seção descreve o caminho metodológico a partir do campo de pesquisa, por último considerações finais e referências.

HISTÓRIA DA DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR DO BRASIL

O ensino superior tem seus registros há mais de um século, desde a vinda e permanência da família real portuguesa no Brasil. Sabe-se que as iniciativas na área de educação vieram dos Jesuitas, contudo ainda apresentando um ensino voltado para catequese religiosa. Os funcionários da igreja e da coroa e os filhos dos grandes latifundiários iam para a Europa para obter formação universitária. Com uma cultura transplantada de fora, o processo educacional formou-se alienado e alienante. Este modelo de educação livresca foi o alicerce para a construção do poder na Colônia. (Ferro, 2007)

O ensino superior data do ano de 1808, após determinação do Governo Federal. Em 1920 foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, pelo decreto nº 14.343, de 7 de setembro de 1920, no Governo de Epitácio Pessoa. Agregada a esta, a Faculdade de Direito, a Faculdade de Medicina e a Escola Politécnica. O interessante é que já existia anterior a URJ, a Faculdade do Paraná, datada de 1912, porém não havia sido reconhecida. *Importante ressaltar que existiram outras universidades que só foram reconhecidas anos depois (ROMANELLI, 2001).*

Em 1934, foi criada a Universidade de São Paulo, considerada a mais organizada segundo as normas dos Estatutos das universidades do Brasil. Logo em seguida no ano de 1935, Anísio Teixeira, então Secretário de Educação criava a Universidade do Distrito Federal com condições adequadas de funcionamento. Devido a algumas alterações, essa Instituição teve uma duração curta, vinculando-se mais tarde à Universidade do Brasil, a qual se transformara em Universidade do Rio de Janeiro (ROMANELLI, 2001).

Reconhecida a época do descobrimento do Brasil e as adversas condições de sua colonização, é possível dizer que nosso país se iniciou de modo prematuro no que se refere à implantação do ensino superior, demorando a desenvolver-se e ainda carente de

investimentos para atender às necessidades do país. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que o ensino superior no Brasil teve um desenvolvimento regular em termos de quantidade, porém faz-se necessário buscar o desenvolvimento também em qualidade.

Em virtude dos avanços da sociedade, as faculdades e universidades foram aumentando e em consequência desse crescimento, outras exigências foram surgindo, dentre elas, a necessidade de uma organização nesse nível de ensino. O decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931, que instituiu o regime universitário no Brasil se constituiu no Estatuto das Universidades Brasileiras, fixando os fins do ensino universitário: "Art. 1º O ensino universitário tem como finalidade: elevar o nível da cultura geral; estimular a investigação científica em quaisquer domínios do conhecimento superior; concorrer, enfim, pela educação do indivíduo e da coletividade pela harmonia de objetivos entre professores e estudantes e pelo aproveitamento de todas as atividades universitárias, para a grandeza da nação e para o aperfeiçoamento da humanidade".

A partir da década de 80 ocorreram, no Brasil, significativas reformas em diferentes instâncias sociais, inclusive, no sistema de educação superior. Segundo o SINAES (2007), as reformas do Ensino Superior no Brasil apontaram para os tipos de instituição, as formas de ampliação de demandas e a preocupação com a relação entre a qualidade e ampliação de acesso.

Em relação aos requisitos básicos para o professor exercer a docência superior a Lei de Diretrizes Bases da educação Nacional - Lei de nº 9.394/96-no art. 66º determina que a formação para o exercício do magistério superior exigirá em nível de pós-graduação, prioritariamente em pós-graduação, em nível de mestrado e doutorado. Acrescenta-se ainda no texto que a universidade deve apresentar "um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado e doutorado".

Neste sentido, pode-se afirmar que a formação e experiência docente são pressupostos importantes para colaborar na formação profissional. Contudo, o conhecimento das ferramentas didático-pedagógicas e os elementos constitutivos do processo de ensino são fatores determinantes para o processo de ensino aprendizagem.

Selma Garrido Pimenta (2014) afirma que a finalidade da universidade enquanto instituição educativa é o permanente exercício da crítica sustentado pelo ensino, pesquisa e extensão. Em outras palavras, ela fala sobre a produção do conhecimento por meio da problematização dos conhecimentos já produzidos e de seus resultados na construção da sociedade e das novas demandas por ela apresentadas.

Nesse mesmo viés, Edgar Morin (2000) afirma que a universidade conserva, memoriza, integra e ritualiza uma herança cultural de saberes, ideias e valores que culminam em um efeito regenerador, visto que a universidade se incumbe de reexaminá-la, atualizá-la e transmiti-la, numa discussão que vai do passado ao presente rumo a educação no sentido de humanização que segundo Selma Garrido Pimenta (2014) é possibilitar que todos os seres humanos tenham condições de ser participantes e desfrutadores dos avanços da civilização historicamente construída e comprometidos com a resolução dos problemas criados pela própria sociedade.

Neste contexto, embora se perceba que durante décadas a docência universitária vem buscando conduzir seu processo de formação para o atendimento das necessidades da contemporaneidade fica claro que estas exigências não conseguem ser atendidas pela simples transmissão de informações e experiências, mas sim com a participação efetiva e dinâmica do aluno como participante ativo do seu processo formativo, buscando o desenvolvimento de uma postura profissional que tenha condições de saber reconduzir o processo histórico no meio em que está inserido.

Nesse cenário percebe-se que mesmo diante das políticas públicas para democratização do ensino superior no Brasil ainda constata-se fragilidades em relação ao acesso ao ensino superior no país conforme descrito por Fialho (2010) em seu estudo intitulado de Sistemas de ensino e inclusão social: a dimensão pedagógica da gestão da educação, o qual traz uma abordagem acerca da universidade brasileira, onde demonstra que

"a expansão do sistema de educação superior tem se dado por conta da expansão do setor privado e, no caso das públicas, pela expansão das universidades estaduais. Mas, a despeito dessa expansão, a taxa de escolarização superior de jovens com idade entre 18 a 24 anos ainda é muito baixa, ficando muito aquém dos índices internacionais. No Brasil, a taxa de escolarização bruta (todos os

alunos de 18 a 24 anos matriculados na educação superior) é de 18,6% e a líquida é de 10,5% (os que frequentam).”

Ainda segundo Fialho (2010) esses dados tornam-se mais preocupantes quando se trata das regiões Norte e do Nordeste que apresentam as mais baixas taxas em relação à média nacional. Na Bahia, cerca de 90% dos jovens estão fora do sistema superior de educação.

CONCEITUANDO A INTERDISCIPLINARIDADE E DESCREVENDO O SEU PAPEL NO ENSINO SUPERIOR

O termo interdisciplinaridade possui diversos significados. Contudo, houve consenso quando lhe consagraram como sendo um fenômeno (MORIN, 2009; FAZENDA, 1994; PAVIANI, 2003). Fazenda (1998) afirma que “nas questões da interdisciplinaridade, é possível planejar e imaginar, porém é impossível prever o que será produzido e em que quantidade ou intensidade”. Em outro momento, reafirma que concebe a interdisciplinaridade como uma possibilidade de construção de conhecimento.

A denominação interdisciplinaridade advém da “interação entre disciplinas”, considerando que, no âmbito deste estudo, o termo disciplina, nos remete às observações de ordens acadêmicas.

Para compreender o conceito de interdisciplinaridade, primeiramente é importante que se conheça o conceito de disciplina. Na visão Paviani (2003), este conceito é, muitas vezes, utilizado de forma imprópria, tendo em vista que muitos o confundem com o conceito de Ciência, entendendo-os como sinônimos. “Entende-se por Ciência, a Matemática, a Física, a Química, a Pedagogia. Entende-se por disciplinas, sistematizações ou organizações de conhecimentos científicos provenientes dessas ciências”. Entende-se, portanto, que interdisciplinaridade é a interação dos conhecimentos científicos oriundos das ciências como a Química, a Biologia, a Medicina, etc.

Morin (2009) complementa a definição acima afirmando que “a disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico”. Em seu entendimento, uma disciplina é isolada em si porque utiliza técnicas próprias para sua existência e porque

elaborou uma linguagem adequada para seu contexto, utilizando teorias apropriadas. O mesmo autor, afirma que a ruptura do isolamento entre as disciplinas será responsável pela evolução das ciências.

Neste aspecto, Paviani (2003), diz que, em alguns casos, a interdisciplinaridade adquire o padrão de transdisciplinaridade. Por esta razão ele propõe que também se estabeleça a diferença entre estes fenômenos, tendo em vista que os considera como essenciais e inseparáveis.

Enquanto a interdisciplinaridade toma flexíveis os limites das disciplinas e promove o intercâmbio teórico e metodológico, a transdisciplinaridade, na prática, propõe novas teorias e metodologias que se situam aquém e além do cotidiano das disciplinas acadêmicas (PAVIANI, 2003).

Assim ele propõe deixar clara a necessidade da distinção entre os conceitos de inter e transdisciplinaridade, pois se faz condição ímpar na formação do professor, no que tange essencialmente a reflexão sobre a realidade. Na prática docente a interdisciplinaridade torna brandas as fronteiras entre disciplinas, priorizando a lógica entre conhecimentos, já a transdisciplinaridade estende os domínios das disciplinas para campos mais extensos como o social, o ético, o político, ou seja, envereda para a dialética das partes e do todo.

Assim, fica claro que as relações inter e transdisciplinares permeiam a formação docente quando enfatizam a relevância da associação entre teoria e prática. Percebemos, notadamente, que tais relações nas afirmações de, Chinelli, Ferreira e Aguiar (2010) quando notificam a importância de se conduzir professores a tomarem parte das experiências profissionais, a fim de que os mesmos possam refletir suas ações didático pedagógicas, compartilhando da organização do ensino. Segundo os autores, através de resultados de pesquisa acerca da concepção de professores de Ciências sobre atividades científica e natureza da ciência em suas práticas pedagógicas, vivências interdisciplinares e experimentais, conjugadas a discussões acerca do conhecimento produzido, contribuirão para novas propostas didáticas.

Nesse aspecto, o objetivo da interdisciplinaridade é se colocar como intercessão nas fragmentações dos saberes, articular ciência, humanidade, projetos educacionais aos anseios sociais. E é por esta razão que "o conhecimento não se move de forma linear entre

causa e efeito, mas adota o modelo circular de racionalidade” (PAVIANI, 2003). E, nesse sentido, a interdisciplinaridade tem a responsabilidade de mediar as incoerências do conhecimento pedagógico-epistemológico das políticas institucionais.

Assim, Morin (2009) avalia o caráter complexo da interdisciplinaridade como sendo um “desafio da globalidade”, tendo em vista que é preciso integrar o todo às partes e desconfinar o conhecimento que é resultante das especializações.

UMA PROPOSTA INTERDISCIPLINAR NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM: LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO FORMATIVO DOS ACADÊMICOS.

A partir da análise documental, percebe-se que a FAI entende que a implantação e implementação de um projeto pedagógico inovador para o Curso de Graduação em Enfermagem, fundamentado em referenciais legais e pressupostos contemporâneos de formação que tomam por base o princípio da interdisciplinaridade, aprimorará o ensino, qualificando o acadêmico, desenvolvendo as competências e habilidades necessárias para o perfil profissional exigido pelo mundo do trabalho. Segundo Dowbor, 2014:

“A idéia da educação para o desenvolvimento local está diretamente vinculada a esta compreensão, e à necessidade de se formar pessoas que amanhã possam participar de forma ativa das iniciativas capazes de transformar o seu entorno, de gerar dinâmicas construtivas.”

Nessa perspectiva, o currículo do curso de enfermagem da FAI está fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, o qual norteia o processo formativo de modo que o aluno possa ampliar os horizontes do conhecimento específico do campo de atuação do enfermeiro estruturando a formação em três processos: formação específica, formação complementar e formação livre.

O processo de formação específica se constitui na essência do saber da área de atuação do enfermeiro e foi estruturado por meio de atividades acadêmicas curriculares obrigatórias. Com o intuito de desenvolver uma estrutura curricular que possibilite a superação da fragmentação das disciplinas e a articulação entre teoria e prática, o currículo foi estruturado em módulos temáticos, sendo norteado pelo princípio da

interdisciplinaridade. De acordo com Fazenda (2014, p.21) o pensar interdisciplinar parte da premissa de que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma exaustiva. Tenta pois, o diálogo com outras fontes do saber deixando se irrigar por elas.

Neste sentido, Fazenda (2014) reforça o que vem sendo discutido por Almeida Filho (1997), fundamentando assim, a proposta curricular da FAI que acredita na necessidade de articulação entre os diversos saberes para a construção de um conhecimento sistematizado.

Dando continuidade a descrição sobre a estrutura do processo formativo, existe além do processo de formação específica apresentado acima, o processo de formação complementar obrigatório que se constitui na oportunidade de o aluno completar o seu processo de formação com atividades de ensino, de pesquisa e/ou de extensão no âmbito do Curso de Graduação em Enfermagem. Assim como o processo de formação livre, que visa possibilitar ao aluno a oportunidade de ampliar sua formação em qualquer campo do conhecimento com base estrita no seu interesse individual.

O currículo proposto busca valorizar atividades complementares de curso (ATVC), e estudos independentes desenvolvidos pelos alunos em outros contextos de aprendizagem, como por exemplo: monitoria, estágios extracurriculares, iniciação científica, extensão e outras (seminários, congressos, etc.). Desta forma a FAI busca atender ao Parecer do Conselho Nacional da Educação - CNE Nº 776/97 que serve de orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, definindo ali que as referidas diretrizes devem “se constituir em orientações para a elaboração dos currículos; ser respeitadas por todas as IES; e assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes.

Contudo, evidencia-se que a autonomia e a flexibilização do currículo para as atividades complementares nesta Instituição ainda não vem acontecendo de forma satisfatória, uma vez que os docentes não se encontram envolvidos nessas atividades propostas no PPC.

Observa-se, pois, que na análise do processo de formação profissional a FAI faz uma crítica sobre a fragmentação do conhecimento científico na educação superior. Isso se dá porque o modelo de ensino ainda é de disciplinas isoladas, que não dialogam na

perspectiva de uma formação que desenvolva competências e habilidades, superando a lógica da organização convencional da ciência em disciplinas autônomas e estanques criando formas alternativas de ensino. A partir daí, houve mobilização da Coordenação do Curso para que o docente responsável pela articulação das disciplinas desenvolvesse um projeto interdisciplinar para cada uma das turmas.

Neste sentido, o caminho percorrido foi no intuito de buscar essa interdisciplinaridade que, de acordo com Almeida Filho (1997), se constitui em uma forma integradora e mediadora dos discursos disciplinares, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos de saber, gerando uma aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por recombinação de seus elementos internos.

Foi nessa perspectiva, de articulação entre teoria e prática que se realizou recortes no conhecimento científico, necessário à formação específica do enfermeiro no perfil estabelecido, aglutinando-os em módulos voltados para o desenvolvimento das ações de enfermagem. Segundo Freire (2001, p. 39) “[...] o importante é que a reflexão seja um instrumento dinamizador entre teoria e prática”.

A busca da articulação entre as disciplinas dos módulos e da concretização do eixo horizontal do projeto pedagógico (cuidar, gerenciar, educar e pesquisar em enfermagem) vem sendo realizada por meio das disciplinas Integração I, II, III e IV, através do professor articulador. As disciplinas “Integração” ocorrem no decorrer do I ao IV semestre do Curso e tem papel fundamental na análise conjunta com os alunos sobre os objetivos de cada módulo, as interações entre os conteúdos, a sua operacionalização e sua relação com as competências a serem desenvolvidas no processo de formação profissional. Para cada Módulo é definido um articulador, docente do curso de Enfermagem, que tem a responsabilidade de reunir os docentes envolvidos nas disciplinas do Módulo correspondente para que conheçam e discutam as relações interdisciplinares de seus conteúdos.

[...] os saberes teóricos propositivos se articulam, pois, aos saberes da prática, ao mesmo tempo resignificando-os e sendo por eles resignificados. O papel da teoria é oferecer aos professores perspectivas de análises para compreender os contextos históricos, sociais, culturais, organizacionais, e de si mesmos como profissionais, nos quais se dá sua atividade docente, para neles intervir, transformando-os. Daí é fundamental o permanente exercício da crítica das condições materiais nas quais o ensino ocorre. (PIMENTA, 2005, p.26)

Tal exercício citado por Pimenta (2005) exige da profissão docente o investimento contínuo tanto em sua formação quanto nas reflexões cotidianas de sua prática. É reconhecendo essa necessidade que a FAI assume o seu papel de promover reflexões sobre a prática docente considerando-a como instrumento de desenvolvimento do pensamento, da ação e do seu desempenho profissional, sendo o docente ator do processo de construção e reconstrução de seu conhecimento.

Desta forma, foi discutido entre o professor articulador da disciplina de integração e a coordenação do curso, a necessidade de implantação de uma atividade interdisciplinar que atendesse a proposta do projeto pedagógico do curso com vistas ao desenvolvimento do perfil profissional previsto no PPC.

A partir daí, surge a proposta interdisciplinar do componente curricular Integração, que permeia do primeiro ao quarto semestre do curso. Sendo que, o objeto de estudo desta pesquisa está centrado no 2º semestre do curso de graduação em enfermagem, com o objetivo de articular os conteúdos abordados nas disciplinas de Anatomia humana, microbiologia e bioquímica com o intuito de promover a interdisciplinaridade, proporcionando aos alunos uma compreensão mais ampla e articulada desses saberes.

[...] é no grau de envolvimento a que o problema o conduz na forma aberta como se dispõe a discuti-lo ou na paciência da espera para compreender facetas insuspeitas de ângulos ainda por conhecer, que o indivíduo consegue perceber-se interdisciplinar.

Nesse interim constata-se a necessidade do envolvimento do docente, inclusive com carga horária específica para atividades dessa natureza. Neste aspecto a condição dos docentes da FAI no momento não favorece o acompanhamento de atividade extra classe, uma vez que o regime de trabalho horista¹ implica em pagamento por hora/aula. Para o instrumento avaliativo do Ministério da Educação (MEC), que trata de avaliação de cursos de graduação , pelo menos 33% do corpo docente do Curso deve ter regime de trabalho parcial² ou integral³.

A proposta de trabalho também envolve a avaliação, ou seja as notas foram atribuídas para as quatro disciplinas envolvidas na atividade, sendo que cada professor estabeleceu as notas de acordo com os pesos que achou pertinente para sua disciplina, tendo sido avaliados a apresentação oral e o texto escrito. Nesse sentido, Jussara

Hoffmann (2000) afirma que a *avaliação é a reflexão transformada em ação, não podendo ser estática.*

Considerando o pensamento de Hoffmann e a flexibilidade preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 9394/96 seria contraditório estabelecer critérios e normas rígidas para a avaliação, cujo processo não se encerra em si mesmo. É neste sentido que a atividade interdisciplinar promove uma oportunidade diferenciada de metodologia de trabalho que implica em uma avaliação coletiva onde cada docente e discente participam ativamente do processo, desde a construção da proposta até a sua efetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a seguinte questão norteadora: Quais as perspectivas e limitações de uma abordagem interdisciplinar no curso de graduação em Enfermagem da FAI ? Para tanto este trabalho buscou fomentar a reflexão da práxis docente no sentido de atender as exigências educacionais na perspectiva da interdisciplinaridade, tendo como título "Interdisciplinaridade: uma abordagem no curso de graduação em Enfermagem.

Neste sentido, a abordagem desta pesquisa teve como referencia a observação de atividades planejadas e realizadas no II semestre, considerando a organização curricular descrita no Projeto Pedagógico do Curso, através da articulação dos componentes curriculares Anatomia Humana, Microbiologia, Bioquímica e Integração II.

As concepções aqui discutidas, amparadas pelos referenciais teóricos, apresentam dados relevantes tanto para a Instituição, no que se refere à gestão de ensino voltada à formação continuada de seus docentes, quanto para os docentes no que se refere a reflexão de sua prática, o que implica no aprimoramento do processo formativo do graduando no que concerne a ampliação dos conhecimentos em rede, onde fica evidente a percepção da interseção dos conteúdos abordados em sala de aula, tornando-os significativos favorecendo a aprendizagem, através da reflexão como incentivo a pesquisa e a formação do pesquisador, além de superar a dicotomia ensino- pesquisa.

Para o docente também, a atividade interdisciplinar promove uma reflexão da sua práxis, ressignificando sua metodologia de ensino com foco na troca contínua de experiências e saberes. Nessa proposta metodológica a avaliação passou a ser um instrumento de aprendizagem que serve para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias a formação profissional do aluno. Assim a avaliação deixa de ser classificatória estando a serviço da nota, e passa a ser instrumento valioso da aprendizagem.

No entanto fez-se necessário transpor alguns obstáculos para que as contribuições acima tenham acontecido. Dentre elas:

- Dificuldade no envolvimento dos docentes no que se refere a orientação da atividade interdisciplinar;

- A instituição não dispõe de regime de trabalho que contemple as atividades extra classe;

- Dificuldade em conseguir adesão de professor com perfil de articulador para a disciplina de Integração;

- Professores com pouca disponibilidade para as atividades extra-classe;

Na análise dos dados fica evidente também a necessidade do fortalecimento do corpo docente para desenvolver projetos de natureza interdisciplinar, nas diversas turmas como mais uma possibilidade de ampliar a efetividade da proposta com vistas à reorganização da metodologia de ensino, visando desenvolvimento da educação superior na Faculdade Irecê, com base na articulação das diversas disciplinas do currículo.

Neste sentido, considero que mesmo ressignificadas no discurso oficial, as práticas de ensino interdisciplinares e contextualizadas podem ser consideradas como uma alternativa de ampliar as possibilidades do conhecimento em rede, tendo em vista que carrega em si um grande potencial na luta por uma educação que possibilite a formação de seres humanos críticos e capazes de buscar a transformação do meio no qual estão inseridos.

Assim, diante de todas as fragilidades que foram pontuadas, essa experiência deve ser avaliada e ampliada a partir das reflexões no grupo de docentes e discentes, no cenário

em que a educação superior na área de saúde, surge como um avanço para o desenvolvimento educacional e social do Território de Identidade de Irecê. No entanto, para que isso aconteça serão necessárias à implementação de outras ações que visem a articulação entre as disciplinas curriculares para atender ao perfil profissional proposto no PPC do Curso.

Diante disso, espera-se que este estudo sirva de referência para o incentivo a novas pesquisas. Ressaltando, especificamente, a contribuição para a Instituição de Ensino Superior, Faculdade Irecê – FAI, enquanto locus da pesquisa, espaço que nos permitiu, através análise documental e observação participante, construir elementos imprescindíveis que geraram uma fonte rica de estudo e análise, além de ser mais uma produção científica promotora de reflexões para outros profissionais e educadores que discutem e estudam a docência no Ensino Superior no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade em saúde coletiva: formação ou subversão (ou um barato?)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1997b, v. 2, n. 1/2, p. 49-52.

Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931 – **Que dispõe sobre o Ensino Superior no Brasil** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19851-11-abril-1931-505837-publicacaooriginal-1-pe.html>

DOWBOR, Ladislau. **Educação e desenvolvimento local**. Disponível em <http://dowbor.org> visita em: 30/07/214.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa**. Campinas, SP: Papirus, 1994. (Coleção Magistério: Formação e trabalho pedagógico).

_____. **Práticas Interdisciplinares na Escola**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Ferro, M. do A. B. educação, trabalho e cidadania no Brasil: uma abordagem histórica. In: MENDES SOBRINHOS, de J. A. de C. (Org). **Formação e Prática Pedagógica: diferentes contextos de análise**. Teresina: EDUFPI, 2007.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2001a. (Org. e notas de Ana Maria Araújo Freire).

FIALHO, Nadin Hage, RAMALHO, Betânia Leite. **Sistemas de ensino e inclusão social: a dimensão pedagógica da gestão da educação**. Curitiba/PR: SEAE, 2010.

HOFFMAN, Jussara. **Avaliação Mediadora: uma prática da construção da pré escola a Universidade**. Porto Alegre: Mediação, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.394/96, de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

Luke, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

Ministério de Educação. **Instrumento de avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distancia**. Brasília, Março de 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Natal: EDUFRN, 2000.

Parecer do Conselho Nacional da Educação - CNE Nº 776/97.

PAVIANI, J. **Disciplinaridade e interdisciplinaridade**. In **Seminário Internacional Interdisciplinaridade, Humanismo, Universidade**. Faculdade de Letras da Universidade do Porto 12 a 14 de novembro. Porto: Campo das letras, 2003.

PIMENTA, Selma Garrido. **O estágio na formação de professores: unidade teórica e prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PIMENTA, Selma Garrido. **Docência no ensino Superior**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PIMENTA, Selma Garrido, GHEDIN, Evandro (Orgs.). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

ROMANELLI, Otaiza de Oliveira. **História da Educação no Brasil**. 13.ª edição
Petrópolis. Vozes, 1991.

SEPLAN - [www.seplan.ba.gov.br/Territórios de Identidade](http://www.seplan.ba.gov.br/Territórios%20de%20Identidade). Acesso em 06/03/2014.

HUMANIZAÇÃO EM UTI NEONATAL: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PREMATUROS E DE BAIXO PESO

Bárbara Carneiro Figueiredo¹, Hilton Dantas da Silva¹, Toni Michel Marques Freire¹,
Luana Dourado Souza², Auba Alves de Freitas²

1 Graduandos do Curso de Enfermagem da Faculdade Irecê

2 Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Irecê

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo abordar os principais cuidados aos pacientes prematuros e de baixo peso em unidades de terapia intensiva neonatal, visto que os cuidados aos mesmos são limitados devido sua fragilidade, e muitas vezes o uso de aparelhos que auxiliam nos cuidados da saúde atrapalha o manuseio dos RNs, também devido a falta de humanização neonatal, profissionais priorizam seus deveres e esquecem de humanizar o serviço, o artigo traz abordagens como humanização em UTIN, método canguru, inserção da família no processo de internação, cuidados com prematuros e suas peculiaridades dentro da UTI neonatal. Observou-se a necessidade de instrumentos de humanização dentro dessas áreas, percebendo-se a necessidade da inovação e capacitação profissional para enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva com pacientes prematuros e de baixo peso.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Recém-nascido, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

De acordo com Fernandes Freitas [et al], define-se como parto pré-termo (PPT) aquele cuja gestação termina entre a 20ª e a 37ª semanas ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação.

Entende-se que toda gestação interrompida, seja ela por qualquer motivo, na qual o feto ainda tenha de 20 a 37 semanas, ou seja não completado as 38 semanas é considerada um nascimento pré-termo ou prematuro. Ainda de acordo com Fernandes Freitas [et al], o conceito de prematuridade associado ao peso fetal tem sido muito utilizado para o estudo de taxas de sobrevivência e de mortalidade, bem como para a comparação entre agentes terapêuticos ou condutas entre instituições; contudo não serve para definir se um recém-nascido é ou não pré-termo. Recém-nascidos com menos de 2.500g são considerados de baixo peso, os com menos de 1.500g são considerados de muito baixo peso, e os com

menos de 1,000g, de elevado baixo peso.

Pacientes que apresentam riscos para um parto pré-termo como sangramento vaginal, contrações visíveis e dilatação igual ou mais que 2cm, com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas devem ser avaliadas por médicos obstetras para possíveis intervenções para postergar essa gestação por um período maior, ou realizar condutas para um preparo do feto para o nascimento como a maturação do pulmão fetal com o uso de corticoides de escolha obstétrica.

METODOLOGIA

Este artigo é uma revisão bibliográfica, utilizado método qualitativo, foi analisado artigos e literaturas a fim de buscar assuntos pertinentes ao tema central do artigo em questão, a coleta de dados se deu pelos artigos encontrados nos sites de pesquisas SCIELO, BIREME, Rev. REBEN e em livros que abordam a temática. Foi analisado e filtrado restando em média sete artigos e dois livros, todos eles com enfoque para o enfermeiro em UTIN, pacientes prematuros, de baixo peso ou de risco e contínua e solidão atrapalham seu desenvolvimento, artigos relatam problemas cognitivos em crianças que foram admitidas nas UTIs neo, e relacionam aos ruídos, procedimentos dolorosos, ciclos de sono interrompidos e quebra do vínculo mãe-bebê-família

A Rev. Saúde em foco (2015) nos mostra que, o conhecimento científico é essencial para o profissional que atua na UTIN, pois este possibilita um preparo adequado que sustenta a complexidades das práticas de cuidado desenvolvidas ao recém nascido de risco. Destacam também que a partir da criação da UTIN o saber e as práticas de cuidado em relação ao RN foram se qualificando, possibilitando um melhor atendimento, visando principalmente o processo patológico e sobrevivência do recém-nascido. Os discursos dos profissionais de saúde neste estudo revelam que, desde os primórdios da UTIN, já havia uma preocupação com o cuidado sensível, humanizado e individualizado ao recém-nascido. Ainda de acordo com o artigo da revista, cuidar do RN internado na UTIN requer do enfermeiro experiências assistenciais conhecimentos técnico-científicos e habilidades práticas pertinentes à profissão, além de sensibilização para um cuidado humanizado e que

vise promover o alívio do desconforto e da dor relacionados ao processo terapêutico, como forma de minimizar o estresse vivido pelo RN durante o período de internação. enfermeiro na humanização em UTIN, sendo o foco central do artigo. Os resultados pesquisados foram satisfatórios os quais favoreceram a referida pesquisa.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A UTI neonatal é um setor onde recebe os recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos, pacientes até os 29 dias de vida, que precisam de cuidados intensivos ou semi-intensivos, como monitorização de parâmetros vitais constantes ou intermediários, ventilação mecânica ou suporte de oxigênio, é um ambiente onde é preciso o máximo de silêncio, iluminação mínima e calma, devido os sistema neuromotor do RN ainda está em formação e necessitar dessas condições para um melhor desenvolvimento. Apesar da literatura trazer essas informações, o cotidiano é diferente, o ambiente da UTI neonatal é um local estressante, com necessidades de profissionais capacitados para aquela área devido a exigência de cuidados intensivos muitas vezes decisões rápidas e precisas que colocam em risco a vida de um RN de alto risco, geralmente é um local que usa da tecnologia avançada devido a intensidade dos cuidados prestados, profissionais capacitados para o que fazem, e luminosidade alta, devido essas condições e os muitos procedimentos a serem realizados no recém-nascido de alto risco, os mesmos sofrem, tanto com os procedimentos dolorosos, separação mãe e filho, limitações do aleitamento materno, e falta de humanização. Atualmente é muito falado sobre a humanização na saúde, tanto em idosos quanto em bebês, as UTIs neonatal não ficam de fora, devido a rotina cansativa dos profissionais, difícil manuseio com os RNs de alto riscos, fica difícil manter a humanização dentro do setor, porém, é necessário uma maior cautela no manuseio, nos cuidados do RN visto que o mesmo ainda está com seu sistema nervoso central em formação, ruídos, luminosidade, dor

PARTICIPAÇÃO DE PAIS E FAMILIARES NOS CUIDADOS NA UTI NEONATAL

De forma geral, a participação dos pais e familiares em UTIN ainda encontra-se restrita, com horários estipulados pelas instituições e com limites de visitas diárias, muitas vezes com o intuito não de impedir a visita de familiares e amigos do RN em risco, mas, como precaução contra um surto infeccioso neste local. Na gestação a mãe e o pai da criança têm sonhos de ter esta criança o mais rápido possível perto de si, faz em suas imaginações um bebê saudável, alegre, cheio de vida e esperança que está por chegar, com o parto prematuro e necessidades de internação desse recém-nascido esse sonho desmorona, e suas expectativas diminuem, as esperanças vão embora dando lugar ao medo e ansiedade de ver seu bebê em confinamento em uma UTIN, cheio de aparelhos, de alta tecnologia, com isso a angústia aumenta, e a interação família-equipe deve surgir e crescer a cada dia, os pais angustiados precisam de apoio psicológico, interação interpessoal com a equipe da unidade onde seu filho está internado, e informações diárias claras e precisas do estado e diagnóstico do RN em questão.

De acordo com Cunha ALC [et al.] é na UTIN que algumas necessidades do RN ganham destaque, como a inserção de sua família nos cuidados e a manutenção da qualidade de vida. Assim, a criança deve ser considerada e respeitada como ser-sujeito, dotado de emoções e individualidade, e não como objeto de intervenções. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, mas também na estimulação de seu desenvolvimento psico-afetivo.

A equipe multidisciplinar, principalmente a equipe de enfermagem que é a que mais permanece junto ao paciente assistindo-o em todos os momentos, deve ter ciência de que aquele recém-nascido não é apenas uma patologia a ser tratada, mais tem uma família que foi afastada dele precocemente, o bebê necessita do carinho da família, do aleitamento materno, do calor de seus pais, necessita ainda dos cuidados prestados pela equipe, a junção dessa linha de cuidado, melhora significativamente o estado desse recém-nascido.

Autores afirmam ainda que, na percepção dos pais, a presença da família na UTI, além de proporcionar bem-estar à criança, é fator de segurança também para eles, pois desta forma eles têm a oportunidade de acompanhar e participar do cuidado dispensado ao

filho durante toda a internação. Além de melhorar o vínculo mãe-filho, e aumentar a confiança na equipe cuidadora de seu filho, a família próxima ao RN e a equipe observa os cuidados prestados ao bebê, e assim aumenta a confiança e credibilidade na equipe da UTIN.

Segundo Reichert et al. (2007), o estabelecimento e manutenção do vínculo durante o período de hospitalização é tão fundamental para o despertar do cuidado da família para com o bebê, como também, para acelerar o processo de recuperação da saúde deste. O contato íntimo dos pais com o bebê e o apego dos mesmos exerce profundos efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento do filho. Esse apego não pode ser visto somente como manifestação simples e rápida, mas como o início de um processo de experiências com o neonato bastante complexo.

O artigo ainda traz um ponto importante a ser considerado no tratamento do RN de risco, que é reduzir a ansiedade dos pais por meio do oferecimento de apoio para ajudá-los na expressão de seus sentimentos. Se o pai ou a mãe experimenta um relacionamento positivo com um profissional no hospital, seu nível de ansiedade diminui e sua percepção da situação torna-se mais acurada.

HUMANIZAÇÃO NA UTI NEONATAL

Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva é um local de alta tecnologia, onde são tratados pacientes de alto risco, a UTI é conhecida por ser um local cheio de luz, ruídos, profissionais com níveis de estresse elevados devido a cobranças de saberes técnico-científicos, e perdas frequentes de pacientes críticos. Na UTI neonatal não é diferente; os profissionais sofrem pressão constante, tanto por conta da gravidade de seus pacientes quanto da cobrança de familiares, da mesma forma familiares de pacientes internados na UTI neonatal sofrem com angústia e medo incessante devido o estado do RN e a incerteza da melhora do bebê. Já o RN internado; os ruídos, as luzes fortes, os procedimentos rotineiros constantes e dolorosos, as interrupções de sono são os principais motivos para sofrimento no meio de seu tratamento. A distância entre o RN e seus pais também é considerado um fator de insegurança, medo e sofrimento para o neonato que necessita dos

cuidados da UTI neonatal.

Otoni et al. (2014) explica que no ventre materno o feto passa por constantes transformações: recebe estímulos do ritmo circadiano materno; estímulos táteis através do contato com as paredes uterinas que também são responsáveis pelo controle da força da gravidade; estímulos vestibulares provenientes não só do movimento do corpo da mãe, como também das suas próprias trocas de posições e estímulos proprioceptivos advindos dos seus movimentos e posicionamentos corporais.

Além disso, dorme a maior parte do tempo da sua vida intra-uterina, permitindo assim que seu organismo em desenvolvimento adquira gradualmente capacidade para incorporar os diversos estímulos de forma adequada e controlada, a partir do seu nascimento. A literatura aponta o fato do bebê pré-termo se encontrar fora do seu ambiente natural, o ventre materno, justamente em um período crítico para o seu desenvolvimento, resulta em alteração no seu desenvolvimento neurológico e psicomotor, sendo mais prejudicial quando menor a idade gestacional da criança.

Meio a essas situações de sofrimento - entre tratamento das patologias e os cuidados dos RNs - existe a humanização no cuidado prestado por os profissionais que atuam no setor no intuito de minimizar o sofrimento e a dor; tanto do bebê que recebe os cuidados, quanto aos pais que sofrem angustiados à espera de notícias sobre seu filho enfermo. Segundo Rocha DKL [et al.] a palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão geral, buscando superar a fragmentação da assistência.

A enfermagem brasileira muito tem contribuído em pesquisas na área da humanização do cuidado, tendo em vista as especificidades de seu objeto de trabalho. Especificamente na UTIN, a humanização da assistência de enfermagem procura pautar-se no cuidado singular ao RN e sua família, na integralidade e no respeito à vida.

Ainda de acordo com Rocha et al. (2013) há de se considerar que, dentre as profissões da saúde, a enfermagem é a que está mais próxima do paciente. A ela cabe relacionar-se com o sujeito havendo valorização do cuidado ao paciente, manifestando sua presença ativa como um todo. Ao considerar a possibilidade da prestação de um cuidado

humanizado, percebe-se uma interação estabelecida entre o profissional de enfermagem e o RN; além deste constituir um dos seus componentes, revestindo-se de extrema relevância, por tratar-se de um fator responsável pelo seu desenvolvimento saudável.

Reichert et al. (2007) afirma que cabe ao enfermeiro da UTIN: organizar o ambiente, planejar e executar os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade individualizada e resposta de cada criança, exercendo assim, uma assistência integral, de qualidade e humanizada. E para que a assistência de enfermagem ao RN seja de qualidade, é fundamental atender às necessidades de repouso, calor, nutrição, higiene, observação e atendimento contínuo aos bebês.

Os autores ainda afirmam que a observação rigorosa do comportamento da criança deve ser feita antes dela ser submetida a uma manipulação, durante os cuidados rotineiros e depois da execução dos mesmos, com a finalidade de identificar sinais de dificuldade de adaptação do bebê ao ambiente extra-uterino. É observado nos estudos que há a necessidade de cuidar não somente do biológico do bebê doente mais também do emocional e psicológico do RN em questão. Dele e de sua família.

Reichert et al. (2007) afirmam que a enfermagem e a família sempre estiveram próximas: vivendo momentos difíceis que demandam dela ações; sentimentos e pensamentos que, muitas vezes ultrapassam suas possibilidades conhecidas; a família que necessita de um enfermeiro capaz, o qual lhe ajude a olhar esses momentos como possibilidade de superar-se nas habilidades que lhe faltam para o enfrentamento da doença do bebê.

MÉTODO MÃE CANGURU E OS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO

Segundo Neves et al. (2006) atualmente, há inúmeros movimentos pela humanização da assistência à saúde com intuito de resgatar valores afetivos e sociais. O Método Mãe Canguru (MMC) foi adotado inicialmente na Colômbia por falta de recursos, especialmente incubadoras. As vantagens do MMC vão além da questão da sobrevivência em países pobres, pois, atualmente vários países desenvolvidos apontam o método como uma forma de atenção vantajosa, viável e segura, que proporciona maior contato entre mãe

e bebê e suporte à amamentação.

Ainda de acordo com a literatura a adoção do método estimula a formação dos laços afetivos; favorece a produção do leite materno beneficiando assim, a lactação e a amamentação; ajuda no desenvolvimento físico e emocional do bebê; reduz o estresse e o choro do RN; estabiliza o batimento cardíaco, oxigenação e temperatura do corpo do bebê; possibilita lembrar o som do coração e da voz da mãe, o que transmite calma e serenidade; desenvolve, no bebê, sentimentos de segurança e tranquilidade; diminui riscos de infecção cruzada e hospitalar; reduz o número de abandono desses bebês e contribui para o apego entre mãe/filho.

Segundo o Ministério de Saúde, o Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais (BRASIL, 2011).

A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Ainda de acordo com o Manual de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso do Ministério da Saúde (2011), são atribuições da equipe de saúde em questões de humanização e método canguru:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método.
- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos.
- encorajar o aleitamento materno.
- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição.
- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar.

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção.
- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

As vantagens encontradas desse método são:

- Aumento o vínculo mãe-filho.
- Redução do tempo de separação mãe-filho.
- Melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.
- Estimulo do aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração.
- Permite um controle térmico adequado.
- Favorece a estimulação sensorial adequada do RN.
- Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar.
- Redução do estresse e da dor dos RN de baixo peso.
- Propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.
- Possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar.
- Contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos.

O Manual traz a seguinte afirmativa: que o incentivo à efetiva participação da mãe, pai e família e sua permanência junto ao bebê, durante o período de sua internação, revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do recém-nascido envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas (BRASIL, 2011).

Essa tarefa traz uma série de questões novas - especialmente no que se refere a interações e relações estabelecidas dentro do ambiente de terapia intensiva e entre seus diferentes parceiros. Para que as famílias sejam incluídas, entretanto, é fundamental que a

atenção se volte também para os trabalhadores das unidades. É necessário que se reflita sobre as condições de trabalho e sobre sua própria percepção desse espaço

Ainda de acordo com a literatura acima citada, é importante lembrar que o desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo, confinado em sua incubadora e separado de seus pais, pode ser prejudicado devido a essa separação e ao tratamento, por vezes longo, mas necessário para sua sobrevivência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UTI neonatal é um ambiente cheio de estresse tanto para profissionais como para pacientes e um local cansativo para seus internos onde pacientes prematuros e de baixo peso são internados com o intuito de salvar suas vidas. Apesar de ser um espaço de esperança, para esses Recém-nascidos, é um lugar de estresse constante: luzes fortes, manuseios e procedimentos diários dolorosos, interrupção de ciclo de sono, e o considerado pior, separação mãe-filho.

Devido suas atribuições no setor os profissionais muitas vezes esquecem de humanizar seus serviços e, faz-se necessário visto o processo traumático que é a hospitalização para uma criança e para seus pais. A enfermagem fica com a maior carga de disseminar a humanização no processo da cura, uma vez que a mesma acompanha o paciente de durante 24 horas.

Métodos criados para diminuir o sofrimento do bebê doente são utilizados constantemente pelas equipes, sendo priorizados a interação familiar e a aproximação mãe-filho a qual favorece ambos, RN e seus pais. As questões de interação interpessoal também são bastante discutidas - visto que em condições de confinamento da UTI neonatal os pais ficam apreensivos e ansiosos em relação ao estado de saúde do bebê -, logo, a comunicação entre a equipe e a família é crucial sendo em uma linguagem de fácil entendimento e acolhedora. A equipe deve estar à disposição da família para saneamento de dúvidas e escuta qualificada, com a intenção de retirar o medo existente no momento.

A equipe de enfermagem precisa junto a equipe multidisciplinar para incentivar a

interação dos pais com o RN prematuro, introduzindo-o no cuidado. O método mãe canguru é uma forma de reatar laços entre mãe e filho, auxiliando na redução de estresse do RN de alto risco.

O enfermeiro precisa montar estratégias que auxiliam na melhora do bebê de alto risco interno na UTI neonatal, vendo-o como um ser único, uma criança com temores, medos, dores, sentimentos, como qualquer ser humano, com cuidados individualizados. A assistência de enfermagem engloba tanto os cuidados básicos como a nutrição, higiene, como a diminuição da dor e sofrimento do recém-nascido. A introdução dos pais no cuidado é uma forma de aproximar os pais de seus filhos e prepará-los para uma futura alta hospitalar, deixando a família mais segura em relação a cuidados pós-alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Cunha ALC, Souza NL, Rêgo RMAR, Santos ACBCP, Oliveira COP, Miranda JMA - **Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes** - Rev Rene. 2014 jan-fev; 15(1):45-51.
- FREITAS F. [et al.] – **Rotinas em Obstetrícia** – 6. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. **Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário** - Acta Paul Enferm 2006;19(3):349-53.
- Otoni ACS, Grave MTQ. **Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês**. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 maio/ago.;25(2):151-8
- Reichert APS, Lins RNP, Collet N. **Humanização do Cuidado da UTI Neonatal**. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Jan-Abr; 9(1): 200-213. Available from:Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>
- Rocha DKL, Ferreira HC. **Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal** - Enfermagem em Foco 2013; 4(1): 24-28.
- ROSEIRO CP, PAULA KMP – **Concepção de humanização de profissionais em Unidade de Terapia Intensiva neonatal** – Campinas | 32(1) | 109-119 | Janeiro-Março – 2015.
- TAMEZ RN. – **Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco** - 5. Ed.-[Reimpr] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

HEMODIÁLISE E A CONSCIENTIZAÇÃO QUANTO A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Claudilane Nunes Pereira¹; Regma Martins Carvalho¹; Quêuam Ferreira Silva de
Oliveira²

¹Estudantes de graduação em psicologia da Faculdade de Irecê - FAI - Irecê (BA), Brazil, IV semestre.

²Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, especialista em Nefrologia, docente da FAI Faculdade de Irecê - FAI - Irecê (BA), Brazil.

RESUMO

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão "Setembro verde: educação em saúde para a doação de órgãos e tecidos." realizado numa unidade de Hemodiálise- clínica satélite na região centro-norte da Bahia. O mesmo foi desenvolvido pela FAI Faculdade, com o apoio do serviço de hemodiálise. O projeto foi criado a partir da campanha "Setembro Verde", pelo qual é o mês de incentivo à doação de órgãos, a partir do desenvolvimento do projeto, foi possível, além da ampliação do conhecimento, provocar a sensibilização e humanização do movimento de doação de órgãos não só dos estudantes e preceptores envolvidos, mas também de todos que participaram das atividades e palestras realizadas pelos voluntários e organizadores do curso durante o período da campanha. A partir das práticas educativas, muitas pessoas sensibilizadas passaram a declarar-se doadoras de órgãos, bem como tivemos bons resultados em cadastros e captações de órgãos para transplantes.

Palavras-chaves: Hemodiálise. Conscientização. Doação de órgãos.

INTRODUÇÃO

O projeto de extensão "Setembro verde: educação em saúde para a doação de órgãos e tecidos" foi desenvolvido pela FAI Faculdade de Irecê e desenvolvido numa unidade de hemodiálise. Com o intuito de trazer conhecimento, solidariedade e percepção em referência ao movimento de doação de órgãos através desta campanha, a extensão possibilitou uma integração na formação dos estudantes, a partir de vivências educativas desenvolvidas no serviço de saúde.

A unidade escolhida para a discussão de doação de órgãos foi um serviço de terapia renal substitutiva – hemodiálise, por ser um serviço o qual as pessoas que necessitam deste tratamento, também podem optar pelo transplante renal – sendo uma medida terapêutica de grande possibilidade para a manutenção da saúde destes usuários.

Segundo o site da Sociedade Brasileira de Nefrologia:

“Hemodiálise é um procedimento através do qual uma máquina limpa e filtra o sangue [...] O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina.”

As sessões de hemodiálise são feitas em clínicas especializadas no tratamento para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, onde os mesmos ficam geralmente quatro horas do dia, de três a quatro vezes por semana, dependendo do seu estado clínico. Pode-se dizer que a hemodiálise substitui a função dos rins de quem tem doença renal crônica desenvolvida, contudo, ela não substitui as funções renais completamente, pois os rins além de exercerem o papel de filtrarem o sangue, também fazem várias outras funções no organismo, como a manutenção do equilíbrio de eletrólitos no corpo e a regulação do equilíbrio ácido-básico conservando o pH sanguíneo contínuo, a excreção de substâncias exógenas e a produção de hormônios.

Os pacientes e acompanhantes da clínica o qual foi desenvolvido o projeto permitiu com satisfação os estudantes conviverem por um curto período, no entanto, o suficiente para perceber que a grande maioria compreende muito bem todo o processo do tratamento da hemodiálise, bem como compartilham os desejos, as angústias e necessidades de cada um. Através de algumas atividades e brincadeiras observamos a real compreensão dos pacientes de seu estado e a construção de diálogos que proporcionou uma interação importante e essencial entre eles mesmos e os estudantes, por meio disto construiu-se um vínculo para o compartilhamento de ideias sobre a doação e os sentimentos deles em relação a essa prática.

Muitos diziam se sentir bem no processo de diálise pelo fato de serem bem recebidos e acolhidos pela equipe como uma segunda família, fazendo com que “esquecessem” os problemas que enfrentavam, outros diziam que talvez o transplante de rim fosse uma melhor opção, pois não era fácil se deslocar três vezes na semana de suas casas para estarem presentes na diálise. O sentimento foi compartilhado com todos, e foi o que mais trouxe surpresa para os que vieram de fora, pode-se perceber a “nudez” de

emoções e sentimentos vividos pelos pacientes e acompanhantes, na fase, no tempo, no processo e na perspectiva de melhoria de vida de cada um.

O objetivo desse relato é trazer conhecimento de todo processo de um projeto que promoveu a efetuação da sensibilização e melhoria de vida de vários indivíduos de forma direta e indiretamente com informações que trouxeram auxílio e conhecimento sobre a relação da diálise com a doação de órgãos e os efeitos positivos e negativos dessa relação.

METODOLOGIA

Neste setembro de 2017, a clínica de hemodiálise de Irecê BA, juntamente com a FAI (Faculdade Irecê), se uniu em um projeto de extensão de curso, que percorreu o período de 31 de agosto a 30 de setembro, o estudo foi realizado a partir da leitura de seis artigos científicos e dos sites: Sociedade Brasileira de nefrologia e Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO, além da vivência de um mês na clínica de Hemodiálise, que nos proporcionou muitos conhecimentos sobre o assunto. Foram utilizadas técnicas de observação participante e entrevista através de um roteiro elaborado pelos alunos da FAI supervisionados pela equipe multiprofissional da instituição, o qual abordou a vivência do processo saúde-doença desses pacientes.

A partir do contato com a equipe multidisciplinar da clínica: Um médico nefrologista, dois enfermeiros, uma psicóloga, uma nutricionista e uma agente de saúde, que se preocupam com o bem estar de seus pacientes, oferecendo métodos de conhecimento e aprendizado tanto para os pacientes quanto para os seus cuidadores, a clientela espera por um transplante de rim, na esperança de dias melhores de um tratamento menos invasivo. É daí que se origina o objetivo do projeto "DOE ÓRGÃOS, DOE VIDA", do setembro verde.

Com o intuito de incentivar a doação de órgãos, foram feitas algumas palestras sobre o assunto, onde foram esclarecidas várias dúvidas, como a diferença entre o doador vivo e o doador após a morte e a desmistificação de mitos sobre o processo de doação de órgãos. Também foram compartilhados alguns dados, onde mostram que a Bahia é um dos

estados com menor índice de doadores. Foi possível desenvolver métodos e conhecimentos para o aprendizado, tanto para os pacientes quanto para os seus cuidadores.

O projeto iniciou a partir da seleção de estudantes, nesta foram selecionados 13 estudantes dos cursos de psicologia e enfermagem. A proposta do projeto foi desenvolver uma abordagem educativa, permitindo a capacitação estudantil, para que, através desta, pudesse ser realizadas atividades e propostas para sensibilizar e orientar as pessoas em relação a doação de órgãos. O primeiro encontro foi realizado no dia 31 de agosto, onde o projeto foi apresentado pela equipe multidisciplinar da clínica, e cada profissional realizou uma palestra explicando suas funções, o processo de doação de órgãos e suas consequências. No segundo encontro foi dividido os grupos e foi orientado aos alunos as atividades a serem feitas no local, as ações desenvolvidas – sempre orientadas pela equipe e, posteriormente executadas com o público-alvo – pacientes e acompanhantes da unidade. A partir deste, foi possível conhecermos a clínica e os pacientes construindo um vínculo com cada um e facilitando o desempenho das atividades. Ao longo do período, efetivaram-se as dinâmicas, jogos e palestras, o qual cada grupo escolheu se seriam feitas com os pacientes ou com os acompanhantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço de execução do projeto atende a 200 pacientes para o tratamento de hemodiálise, as ações desenvolvidas permitiram atingir os pacientes e seus acompanhantes. Em sua maioria, são pessoas que no início negam a realidade da vida imposta, ao entender que não há expectativa de cura, e sim a manutenção do estado de cronicidade. O impacto do diagnóstico trás muitos incômodos ao paciente, pois o tempo de tratamentomuitas das vezes é longo, o que causa um desgaste emocional muito grande, e vinculado a doença vem limitações físicas, diminuição da vida social, restrições alimentares e sessões de diálise de quatro horas, três vezes por semana, ou seja, são condições que desestruturam o dia a dia da pessoa.

São raros aqueles que conseguem ter pelo menos uma parte do funcionamento dos rins recuperada para deixarem de necessitar de diálise, e a minoria têm êxito em receber um transplante renal. Pacientes com insuficiência renal em estado crônico, em que os rins

não conseguem desempenhar sua função, têm três opções: a diálise peritoneal, a hemodiálise ou o transplante renal. O transplante é uma positiva alternativa para quem está nesse estágio da doença, no entanto, é importante salientar que o transplante não é garantia de cura, mas um método terapêutico disponível.

A realidade do nosso país, frente ao transplante, vem a ser trabalhosa e desafiadora. Segundo dados da ABTO, houve **pouco mais de 5.400 transplantes, havendo mais de 25 mil pessoas na fila de espera** atualmente.

"No ano passado, as centrais identificaram 10.158 pessoas que tiveram morte encefálica e poderiam ser doadoras. De 5.939 famílias consultadas, 2.571 (43%) não autorizaram a doação. Entre as 34.543 pessoas que esperavam um transplante no País em dezembro, 21.264 precisavam de rim, 10.293 de córnea, 1.331 de fígado, 539 de pâncreas e rim, 282 de coração, 172 de pulmão e 31 de pâncreas. Em 2016, 2.013 pessoas que estavam na fila por um órgão, morreram. Dessas, 82 eram crianças." (Disponível em: <http://www.outravidanovachance.com.br/conteudo/novidades/o-nao-a-doacao-de-orgaos-ainda-e-uma-realidade>. Acesso em: 13 de novembro de 2017).

Os órgãos e tecidos que podem ser doados são: Córneas, coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas e ossos, pelas quais possuem um tempo máximo para retirada e para preservação extracorpórea, pode-se afirmar que o órgão com maior tempo para retirada e maior tempo de preservação extracorpórea são os ossos e com menor tempo são coração e pulmões. Os rins possuem tempo máximo para retirada antes da parada cardíaca e doze a vinte e quatro horas como tempo máximo de preservação extracorpórea. (Dados da tabela tirada do site disponível em: <http://www.outravidanovachance.com.br/conteudo/novidades/o-nao-a-doacao-de-orgaos-ainda-e-uma-realidade>. Acesso em: 13 de novembro de 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São de extrema importância a compreensão e percepção de que cada paciente irá reagir de uma forma diferente na descoberta de seu estado de doença, cada um irá tentar encontrar uma solução para encarar os fatos, e é nessa perspectiva que os profissionais da equipe multidisciplinar irão trabalhar, dando sugestões para a solução de seus problemas e orientando-os a fazer de forma correta o tratamento, priorizando a interação social do mesmo e seus familiares.

É importante também a orientação por meio da prevenção, pela qual pode-se esclarecer as pessoas sobre os fatores de risco da doença renal e que é possível evitar e tratar esses fatores. Campanhas como o “setembro verde” servem exatamente para tratar essas questões, é fundamental encarar a realidade de todo processo em que as pessoas acometidas pela doença precisam de apoio e incentivo, se é possível salvar vidas com a doação de órgãos após a morte, por que não deixar renascer uma vida através da ida de uma? A empatia é um sentimento crucial para a vida em sociedade, colocar-se no lugar do outro; sentir a dor do próximo; procurar entender de que forma é possível ajudar; são ações que com certeza fazem toda a diferença na vida de muitos. A doação de órgãos é algo que todos podem precisar.

“Empatia (s.f.). Não é sentir pelo outro, mas sentir com o outro. Quando a gente lê o roteiro de outra vida. É ser ator em outro palco. É compreender. É não dizer 'eu sei como você se sente'. É quando a gente não diminui a dor do outro. É descer até o fundo do poço e fazer companhia pra quem precisa. Não é ser herói, é ser amigo. É saber abraçar a alma”. (João Doederlein).

REFERÊNCIAS:

- AJZEN, H.; SCHOR, N. Nefrologia. São Paulo: Manolo, 2002.
- HORA, E.C. et. al. Aliando-se ao paciente e à família diante das incapacidades. Rev. Paul. Enf., v.20, n.2, p. 52-56, 2001.
- LIMA, A.F.C; GUALDA, D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. Nursing, n 4. 2000.
- LIMA, M.G; LIMA, A .C .L. Pacientes renais crônicos e transplantados. São Paulo: GBM, 1983.
- MEDINA, P. J. O., et al. Guia clínico para o transplante renal. J. Bras. Nefrol., v.15, p 311-312, 2002.
- O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: utilização de um modelo para a interpretação de dados de pesquisa qualitativa. Rev. Paul. Enf., v.20, n.2, 2001.
- Portal da diálise, educar para prevenir. O que é hemodiálise. Disponível em <<https://www.portaldadialise.com/portal/o-que-e-hemodialise>> Acesso em: 29 de outubro de 2017.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. O que é hemodiálise. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>> Acesso em: 29 de outubro de 2017.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Pra que serve os rins. Disponível em <<https://sbn.org.br/publico/institucional/compreendendo-os-rins/>> Acesso em: 30 de outubro de 2017.
- Uma nova chance. O “Não” a doação de órgãos ainda é uma realidade. Disponível em <<http://www.outravidanovachance.com.br/conteudo/novidades/o-nao-a-doacao-de-orgaos-ainda-e-uma-realidade>> Acesso em: 30 de outubro de 2017.
- WALACE, M.C.P. Psicologia – renais crônicos. [on line]. Disponível em www.intermega.com.br/intermega/index.php Acesso em: 01 de novembro de 2017

RESUMO EXPANDIDO

A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Mayara Querino de Oliveira¹; Mirailde Silva do Nascimento¹; Quêuam Ferreira Silva
de Oliveira³; Livia Dourado Leite⁴

¹Técnica em Enfermagem, graduanda de Enfermagem na Faculdade Irecê – FAI. E-mail:
mayaraoliveira240694@gmail.com

²Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, especialista em Nefrologia, docente da FAI. E-mail:
queuam@hotmail.com

⁴Enfermeira pelo Centro Universitário FIB, especialista em obstetria, docente de enfermagem da FAI,
livia.dleite@yahoo.com.br

RESUMO

Neoplasias configuram-se como uma patologia crônica, atual e em crescente epidemiologia, trazendo como consequências danos físicos, biológicos, sociais e psíquicos. Sendo assim, o paciente em fase terminal, requer assistência e cuidados diferenciados voltados para a valorização da qualidade de vida. Este estudo objetivou identificar os cuidados humanizados acerca de pacientes em doença terminal em oncologia. O estudo é baseado em referência bibliográfica do tipo descritiva. Foram encontrados 20 artigos e 08 foram selecionados. Diante de todas estas evidências encontradas, é importante conhecer a problemática para então modificar a postura diante do paciente com câncer, evitando assim decisões puramente tecnicistas, possibilitando oferecer um cuidado especializado e humanizado. Oferecer atenção e suporte às famílias/acompanhantes do processo saúde/doença, tornando-os através do ensino em saúde, colaboradores ativos na promoção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; Oncologia; Cuidados; Paliativos.

INTRODUÇÃO

A oncologia é uma área de estudo ampla, complexa e presente, que exige além da formação técnico-científica, um domínio emocional e prático bem abrangente. O câncer como uma patologia crônica traz consigo o estigma de morte iminente, de fim de vida, mudanças corporais, mutilação entre outras interpretações, o que faz haver uma associação do câncer com doença fatal, provocando percepções altamente negativas acerca da patologia.

O câncer como uma patologia crônica traz consigo o estigma de morte iminente, de fim de vida, onde ocorre mudanças corporais, entre outras interpretações equivocadas, o que provoca uma associação da neoplasia com doença fatal, provocando percepções altamente negativas acerca da patologia, quando na verdade há a possibilidade de um tratamento humanizado que, além de proporcionar desenvolvimento terapêutico, permite

uma abordagem positiva que minimize os danos psíquicos desencadeados pelos estigmas sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como cuidados ativos e integrais ao paciente sem possibilidades de cura, visando o controle da dor e dos demais sintomas e que têm como objetivo a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Segundo Pinto (2011):

O princípio do cuidado ao paciente fora de possibilidade terapêutica deve pressupor cuidados nas dimensões física, psicológica e socioespacial. A preservação da qualidade de vida do paciente ganha prioridade sobre a preservação da vida, com valorização do cuidado emocional, traduzido em empatia, manifesta pelo saber ouvir, tocar e falar olhando nos olhos do paciente, com o objetivo de promover conforto e bem-estar do paciente e família até os momentos finais da vida do doente.

Cuidados paliativos se caracterizam como a atenção voltada para o doente e não para a doença, foca na possibilidade de melhoria da qualidade de vida. A doença perde-se o foco principal e a pessoa passa a ser o mais importante, portanto nesse aspecto é essencial uma equipe inter e multidisciplinar capacitada e apta a lidar com os diferentes contextos apresentados. Preconiza-se que o cuidado paliativo pode ser iniciado para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, degenerativas e sendo este, um método terapêutico de grande ampliação na saúde, uma vez que temos o aumento da expectativa de vida, ao longo desenvolvimento global, potencializando a necessidade da inclusão deste método no cuidado em saúde.

Como SAUCI (2010) apud JUSTINO (2014) complementa: "O doente vivencia uma avalanche de alterações físicas, fisiológicas, emocionais, sociais, culturais, psicológicas, espirituais, e este impacto gera sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva". Desta maneira a confirmação de doença rompe com o equilíbrio emocional do indivíduo e família, portanto uma qualidade assistencial e intervenções específicas e direcionadas são de inegável importância, uma vez que o percurso do tratamento e reabilitação culminam em uma mudança de rotina, podendo afetar os familiares e cuidadores.

De acordo com SILVA (2015) os cuidados em oncologia exigem além de competência técnica a competência humanizada. O câncer é uma doença crônica, mundial e crescente, que implica direta e indiretamente na morbi-mortalidade, pois a cada ano

novos casos de câncer são diagnosticados em todo o mundo e mais óbitos são registrados. Com isso entende-se a necessidade de inclusão de conteúdos específicos relacionados aos cuidados paliativos na formação de profissionais da área da saúde além de uma atenção direcionada aos cuidados psicológicos e emocionais dos mesmos.

Conforme estudo realizado por SILVA, (2015) entre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde de um centro de assistência de alta complexidade em oncologia do estado do Rio de Janeiro, destacaram-se a falta de conhecimento em cuidados paliativos; a necessária criação de leitos diferenciados; e formação de redes institucionais. Isso é compreensível pela atual epidemiologia do câncer, que se caracteriza como uma situação emergente de doença.

É sabido que os cuidados no fim da vida envolvem uma grande carga psíquica e emocional da equipe e de todos os envolvidos nesse processo, contudo os objetivos desse estudo busca identificar os cuidados humanizados acerca de pacientes em doença terminal em oncologia e fomentar possíveis estratégias e propostas pelos enfermeiros que favoreçam a prática humanizada.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de revisão bibliográfica do tipo pesquisa descritiva, a partir da biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online – *SciELO*. Para a seleção dos artigos, utilizou-se os seguintes descritores: câncer, cuidados paliativos; assistência ao paciente; Oncologia e enfermagem. Usou-se como critério de escolha o ano de publicação, sendo selecionados os artigos publicados no período de 2010 a 2017, resultando assim em 20 artigos. O critério de exclusão foi subtemas que não se enquadram nos objetivos desse estudo.

DISCUSSÃO

A enfermagem é considerada uma profissão carregada de fortes emoções, pela natureza do seu trabalho, e na oncologia não seria diferente, uma vez que todos estes aspectos possuem impacto direto na qualidade de vida e no bem estar destes indivíduos. Cuidados paliativos, Segundo FERREIRA (2014):

Implica em cuidar de pessoas doentes ou em situações de saúde particularmente penosas, deparando-se os enfermeiros frequentemente com situações de inquietação, sofrimento, degradação e morte. São, sobretudo os sentimentos e emoções desagradáveis que podem ter consequências nefastas no organismo, tais como a fadiga, a irritabilidade, a instabilidade de caráter, a depressão e as somatizações.

É sabido que a enfermagem possui relevante papel no cuidado direto ao paciente, configurando-se como um agente de cuidado, ainda mais quando se trata de cuidados paliativos esses que demandam maior habilidade emocional e psíquica dos profissionais.

Os cuidados de enfermagem a pacientes em condições críticas são complexos e devem ser altamente especializados, visando prevenir complicações, reduzindo incapacidades e procurando a sua recuperação e qualidade de vida. (Regulamento nº 124/11 de 18 de fevereiro).

“O enfermeiro deve oferecer um cuidado específico e de qualidade, baseado em evidências científicas, considerando a sua experiência clínica e os valores do paciente.” (Mesquita et al., 2015 apud PEITER 2016)

Controlar os sintomas, amenizar a dor, verbalizar a possibilidade de morte são algumas das atribuições do enfermeiro. Nesse contexto é de ampla importância a humanização em cada assistência prestada, pois tão delicada quanto a morte, é a evidência inevitável do acontecimento. Os cuidados paliativos envolvem questões éticas, de dignidade e de bem estar de cada paciente inclusive dos familiares, além da tomada de decisões como o prolongamento de vida, ou interrupção, que já são assuntos mais amplos e complexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se, portanto que seja enfatizado uma mudança nos estigmas gerados acerca das neoplasias, e que haja uma mudança de percepção, que não seja claramente associado ao sofrimento e morte, mas tornando-se uma doença em que pode ser tratada, controlada e curada em alguns casos. Para tanto, a enfermagem se torna uma importante categoria no processo de trabalho em saúde que permite a articulação multiprofissional, bem como o acesso a informação, e desenvolvimento de práticas humanizadas, necessitando estar devidamente preparada para uma abordagem qualificada, uma vez que esse processo envolve um grande impacto biopsicoespiritual com o diagnóstico em si e com o decorrer do tratamento.

Ser agente de cuidado nesse contexto é uma tomada de consciência e de grandes reflexões acerca da finitude da vida, onde o tratamento é muitas das vezes limitado, mas o cuidado não. Profissionais que lidam com cuidados paliativos estão em constante risco psíquico, risco de estresse físico e mental, uma vez que são de extrema complexidade envolvendo na maioria das vezes a cessação da vida. Considera-se diversas intervenções necessárias, entre essas a tomada de decisões compartilhada que facilita as condutas multidisciplinares de forma a contemplar as práticas assistenciais individuais. Os cuidados paliativos ainda se configuram repletos de dilemas culturais e éticos, contradições e amplas necessidades de cuidados altamente humanizados.

Para esta melhoria da qualidade de vida faz-se necessário que o enfermeiro conheça não só a patologia, como as necessidades humanas básicas de cada indivíduo para desenvolver uma assistência com base científica qualificada no sucesso do tratamento devolvendo a dignidade e o respeito à vida do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FERREIRA, Maria; FERREIRA, Carlos. *Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL. Abril, 2014.
- JUSTINO, Eveline Trêmêa; MANTOVANI, Maria de Fátima; KALINKE, Luciana PULCHASKI; Ulbrich Elis Martins; MOREIRA, Ricardo Castanho; ABINI, Loomar. *A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-mar 2014.
- MESQUITA, M., Paes, G., Silva, M., Duarte, S., Erdmann, A., & Leite, J. (2015). *Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 7(3), 2949-2960.
- PETER, Caroline Cochinel; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. *Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 11 - out./nov./dez. 2016
- PINTO, Maria Helena; Maria Fernanda Cruz², Claudia Bernardi Cesarino¹, Adriana Pelegrini dos Santos Pereira³, Rita de Cássia Helu Mendonça Ribeiro⁴, Lúcia Marinilza Beccaria. *o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais*. Cogitare Enferm. 2011 Out/Dez; 16(4):647-53
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº 124/11 de 18 de Fevereiro*. Diário da República nº 35/11, II Série. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- SALCI MA, Marcon SS. *As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer*. Reme, Rev. Min. Enferm. 2010 jan/mar;14(1):43-51.
- SILVA, Marcelle Miranda da; SANTANDA, Nathália Gabriella Meliano de; SANTOS, Monique Casartelli; CIRILO, Juliana Dias; BARROCAS, Desirée Lessa Rodrigues; MOREIRA, Marlêa Chagas. *Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Jul-Set 2015.

OS DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilande Maria Santos¹; Mirla Dos Santos Maciel¹; Luana Souza
Dourado²

¹Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Irecê-BA, win.mirla@hotmail.com

²Professora Orientadora: Graduada em Enfermagem, enflud@gmail.com

RESUMO

O presente estudo surgiu da necessidade de compreender as dificuldades vivenciadas por profissionais enfermeiros diante situações complexas na emergência pediátrica, sobretudo na classificação de risco. Desta forma, para desenvolver esse artigo foi realizado um estudo bibliográfico, com o objetivo de identificar os desafios do enfermeiro na classificação de risco em emergência pediátrica. Assim como, definir as competências do enfermeiro na classificação de risco, analisar a atual situação da superlotação e avaliar as experiências do enfermeiro na emergência pediátrica. Neste contexto, TACSI (2004) aborda a importância da atuação mediadora do enfermeiro na Unidade de Atendimento Pediátrico, pois contribui para manter a organização e o funcionamento da sala de emergência, por meio do controle de materiais e aparelhos, da realização de protocolos de atendimento e capacitação da equipe de enfermagem, com a finalidade de garantir uma assistência ótima, rápida e eficaz para diminuir o risco de seqüelas e incapacidades da criança em situação de emergência.

Palavras-chave: emergência, pediátrica, classificação, enfermeiro.

INTRODUÇÃO

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada. (Ministério da Saúde, 2004)

Desta forma, percebe-se a importância de um planejamento direcionado a assistência integral no atendimento a criança. Com isso, o Ministério da Saúde define classificação de risco como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. (Ministério da Saúde, 2004)

Diante desse conceito, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador (Conselho Regional de Enfermagem de MG). No entanto, esse profissional ainda encontra desafios na prática assistencial prestada à criança.

Nesse contexto, a inadequação da demanda de atendimento nos serviços de emergência pediátrica é uma realidade presente em inúmeros países e em quase todos os estados brasileiros. Pesquisas afirmam que varia entre 46,9% e 89% o número de pacientes apresentando problemas de saúde que poderiam ser solucionados na rede de atenção básica. (VERAS, Joelma E. G. et. al.)

O presente estudo surgiu da necessidade de compreender as dificuldades vivenciadas por profissionais enfermeiros diante situações complexas na emergência pediátrica, sobretudo na classificação de risco. Desta forma, para desenvolver esse artigo foi realizado um estudo bibliográfico, com o objetivo de identificar os desafios encontrados pelo enfermeiro na classificação de risco, assim como, avaliar as experiências e definir as competências do enfermeiro, buscando analisar a atual situação da superlotação em emergências pediátricas.

AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA.

De acordo com o Ministério da Saúde a implantação da classificação de risco em emergência pediátrica tem como objetivo avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento. Descongestionar o Pronto-Socorro. Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade. Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc. Informar os tempos de espera. Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários. Retornar informações a familiares (Ministério da Saúde, 2004).

Diante o contexto, a classificação de risco deve ser feito por observação ou por explicitação, ou seja, o enfermeiro juntamente com a equipe identificará as necessidades

pela observação do usuário e para isso é preciso que esses profissionais estejam capacitados para desenvolver tal função, bem como, o próprio usuário poderá apontar o problema. Porém, em pacientes pediátricos é de fundamental importância ouvir as informações passadas pelo familiar.

Por tanto, o foco da atenção a emergência pediátrica é prioritário, porém não exclusivo a criança, pois esta tem direito a um acompanhante, que devera também ser alvo da assistência. Neste sentido, cabe ao enfermeiro acolher a criança e seu familiar dando um suporte e confiança necessária para a atual situação. Com tudo, Karl (2002) afirma que todo ser humano merece ser bem cuidado e respeitado no seu momento de adoecimento e necessita de amor e compaixão com sua dor e sofrimento.

O atual modelo de classificação de risco funciona a partir da chegada do usuário no Pronto Atendimento, onde esse será acolhido de acordo com a demanda (ortopedia, sutura, consultas etc) e informado sobre o processo de atendimento, tempo e motivo da espera. De acordo com o Ministério da Saúde a avaliação primária é baseada no protocolo de situação queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro, essa é feita baseada nos seguintes dados: questionar a criança e acompanhante situação queixa e duração (QPD), breve histórico, se o usuário faz uso de medicamento, o enfermeiro deve também verificação sinais vitais e exame físico sumário buscando sinais objetivos na criança.

A classificação de risco é dividida em níveis que são representados por cores, a cor vermelha representa emergência (necessidade de atendimento imediato), a cor amarela urgência (atendimento o mais rápido possível), a cor verde representa prioridade, porém não urgente e a cor azul atendimento de acordo com o horário de chegada.

Por tanto, no atendimento a usuários pediátricos requer do profissional um cuidado diferenciado, pois as crianças constituem um grupo vulnerável à doença e à hospitalização, assim como ao atendimento nos serviços de urgência e emergência, os quais recebem alta demanda de crianças em situações de risco, exigindo da equipe multiprofissional atuante nessas unidades a trabalhar com rapidez e eficácia para minimizar as situações de risco de morte. (TACSI, Yolanda 2004)

ATUAL SITUAÇÃO DA SUPERLOTAÇÃO EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Segundo BARRETT (2012), a superlotação tem sido definida como a condição que existe quando a demanda por serviços do departamento de emergência é superior à oferta disponível, ou quando há uma incapacidade de direcionar pacientes para as áreas de internamento. Esse autor afirma também que a maior causa de superlotação nos serviços de urgência é a presença prolongada de pacientes já internados no hospital, tornando o número de leitos disponíveis menor.

Desse modo, torna-se visível que a utilização inadequada dos serviços de emergência é prejudicial para os pacientes graves (aqueles que precisam de atendimento para real urgência ou emergência) e para os não graves, que ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento do cuidado (MACHADO et al., 2011).

Percebe-se que a superlotação em urgência e emergência pediátrica acontece por que muitos pais acreditam que a assistência prestada em hospitais tem mais qualidade, devido à presença do especialista e tempo de espera ser menor. Nesse contexto, a rede básica é vista como desqualificada e descartável, passando a porta de entrada para níveis de maior densidade tecnológica (ROCHA et al., 1998).

Portanto, segundo Ministério da Saúde, as doenças respiratórias agudas e crônicas são as principais causas de superlotação nos serviço de urgência e emergência pediátrica, onde a atenção primária poderia dar um suporte a está criança e minimizar o fluxo das emergências, fazendo um trabalho com continuidade.

Nesse contexto cabe ressaltar a importância das orientações feitas pela equipe da Unidade Básica, a fim de minimizar a incidência desses casos. Assim, as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária atuam como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas e como porta de entrada para atenção secundária (ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro) e terciária (serviços hospitalares de maior complexidade), requerendo alta sensibilidade diagnóstica para propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial. (KOVACS ET al. 2006)

Nesse mesmo artigo o autor aborda a competência do enfermeiro diante a realização da classificação de risco em pacientes pediátricos. Com vistas a garantir uma melhor qualidade da assistência nos hospitais de emergência, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, instituiu a estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), na qual o enfermeiro atua acolhendo o paciente por meio

de uma escuta qualificada, identificando urgências e emergências com base na avaliação de parâmetros fisiológicos e em sinais de alerta estabelecidos por protocolos, dando prioridade aos casos mais graves.(VERAS, Joelma E. G. et. al.)

DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Nas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial dada as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento emergencial. (TACSI, Yolanda et al.2004)

Neste contexto, TACSI (2004) aborda a importância da atuação mediadora do enfermeiro na Unidade de Atendimento Pediátrico, pois contribui para manter a organização e o funcionamento da sala de emergência, por meio do controle de materiais e aparelhos, da realização de protocolos de atendimento e capacitação da equipe de enfermagem, com a finalidade de garantir uma assistência ótima, rápida e eficaz para diminuir o risco de seqüelas e incapacidades da criança em situação de emergência.

Afirma também que a equipe tem que estar preparada para tomada de decisões independentes e complementares, sob o comando único de um líder, que transmita segurança e confiança.(TACSI, Yolanda et al.2004)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permite identificar os desafios que a enfermagem enfrenta em situações de emergências pediátricas, tendo em vista a atuação do enfermeiro como principal mediador na organização e planejamento de ações, voltada a melhorar a assistência oferecida a esse publico. Por isso, o enfermeiro como profissional habilitado deverá desenvolver competências que contribua para melhoria da assistência na classificação de risco em pacientes pediátricos. Dessa forma, foi possível destacar a importância da capacitação desses profissionais em um atendimento de qualidade ao publico infantil.

Por meio da análise deste artigo, percebe-se que a assistência prestada em emergência pediátrica ainda é precária, devido à superlotação das unidades, assim como, a falta de preparo do profissional enfermeiro e sua equipe. Tendo em vista o estudo desenvolvido, não cabe julgar o trabalho realizado pelo profissional enfermeiro e sua equipe no atual setor de saúde vigente, pois, ainda há muitas falhas nesse sistema. Mas sim compreender que esse profissional deve buscar qualificação para realizar tais tarefas.

REFERENCIAS

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Parecer Técnico nº10, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte (MG): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2007.

BARRETT, Lynn; FORD, Suzanne; WARD-SMITH, Peggy. A bed management strategy for overcrowding in the emergency department. *Nursing Economics*, v. 30, n. 2, p. 82, 2012.

BATISTELA, Simone ET AL. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2008

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v. 81, n. 3, maio/jun. 2005. Acesso em: 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000400013&lng=pt&nrm=iso

MACHADO, Cristiani V.; SALVADOR, Fernanda G. F.; O'DWYER, Gisele. Serviço De Atendimento Móvel De Urgência: Análise Da Política Brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):519-28. Disponível em: Acesso em: 12-03-2015.

ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S.; VENDRÚSCULO, D. M. S.; MELLO, D. F. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 5-15, dez. 1998.

TACSI, Yolanda R. C. ET al. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3): 477-84. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae/f

VERAS, Joêlna ET AL. Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. *Rev Bras Enferm* 2015;68(5):630-9. Acessado em: 01 de Março de 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680521>

CÂNCER DE ESTÔMAGO: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS, ETIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Ana Paula de Oliveira Inô¹, Carine Barreto de Carvalho¹, Viviane Alves Damasceno¹,
Morgana Thinesca Almeida Silva²

¹Graduandas do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Irecê,
viviannedamasceno16@gmail.com

²Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Irecê
morgannafarma@hotmail.com

RESUMO

Os cânceres gástricos são tipos de neoplasias malignas heterogêneas que atingem o tecido do estômago, que tem características próprias dos quais podem ser considerados adenocarcinomas, linfomas MALT ou tumores do estroma gastrointestinal. Este artigo utilizou como metodologia a revisão de literatura qualitativa que teve como objetivo apresentar as características dos principais tipos de câncer gástrico, aspectos epidemiológicos bem como a sua etiopatogênese e fisiopatologia. A etiologia do câncer de estômago bem como aspectos de desenvolvimento da doença é considerada diversificada desde fatores genéticos, ambientais e infecções por microrganismos com potencial carcinogênico. O diagnóstico precoce é um importante meio para evitar a progressão da doença assim como a prevenção.

Palavras-chave: Câncer de estômago, Adenocarcinoma, Tumores do estroma gastrointestinal, Linfoma MALT gástrico.

INTRODUÇÃO

O câncer de estômago, também denominado câncer gástrico são neoplasias malignas cujos tipos mais comuns são de natureza epitelial e apresentam-se predominantemente em três tipos histológicos (INCA, 2016). Estes são: o adenocarcinoma, os linfomas e tumores do estroma gastrointestinal. O adenocarcinoma é classificado em dois tipos histológicos básicos, o intestinal e difuso, e representam cerca de 90 a 95% dos tumores do estômago (ABIB; OLIVEIRA; KOIFMAN, 1997).

Os linfomas gástricos são neoplasias que se originam do tecido linfoide associado à mucosa gástrica (MALT), esse tecido precede o aparecimento de linfomas de células B tipo MALT no estômago, e embora não sejam muito prevalentes são diagnosticados em cerca de 3% dos casos (BRASILEIRO FILHO, 2011).

Alguns aspectos do câncer, como a localização e metástase podem ser descritos através de um sistema de estadiamento conhecido como sistema TNM. Segundo a American Cancer Society (s.d) a classificação por estádios obedece a variáveis, como a

características e extensão do tumor (T), propagação para os linfonodos locais (N) e a presença ou ausência de metástase à distância (M). A identificação do estágio do câncer de estômago é um fator importante na escolha do tratamento e no prognóstico do paciente.

Apesar de ser uma doença frequente em muitos países, como por exemplo, no Japão, China, Ásia e Rússia, o câncer de estômago é uma das poucas neoplasias para as quais vem se observando um declínio da incidência (ABIB; OLIVEIRA; KOIFMAN, 1997). As explicações para esse declínio ainda são hipóteses relacionadas a mudanças nos fatores de risco, como a introdução da refrigeração, uso de menos sal, diminuição da ingestão de alimentos condimentados atribuída às mudanças nas técnicas de preservação de alimentos, à diminuição da prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* e ao consumo de frutas e de vegetais frescos (ARREGI, et al., 2009).

Neste estudo o objetivo foi apresentar as características dos principais tipos de câncer gástrico, aspectos epidemiológicos bem como a sua etiopatogênese e fisiopatologia.

METODOLOGIA

Este estudo teve como método para sua construção uma revisão de literatura de caráter qualitativo, que é caracterizada pela interpretação de estudos permitindo assim fazer uma metassíntese do conteúdo explorado que constitui uma descrição coerente do assunto explanado para que possa nortear os profissionais a respeito das características fisiopatológicas e etiológicas comuns sobre o câncer gástrico.

Os descritores foram aplicados nas seguintes bases de dados, The Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nature Reviews, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e repositórios digitais de universidades. Além destes periódicos foram utilizados também dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e parte do vigésimo capítulo do livro Bogliolo Patologia de autoria de Geraldo Brasileiro Filho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico (AG) é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos. Dentre os fatores de risco ambientais, é importante citar a infecção pelo *Helicobacter pylori*, dieta com alto teor de sódio, consumo de alimentos contendo nitrosaminas e benzopireno, bem como deficientes em compostos

antioxidantes como vitamina C e E. Dentre os fatores genéticos estão fortalecimento de oncogenes, desligamento de genes que suprimem os tumores e instabilidade de microssatélites de DNA (genes APC e p53) (CÉSAR; SILVA; TAJARA, 2002).

O AG pode ocorrer em dois tipos principais: intestinal e difuso. A carcinogênese de ambos os tipos ainda é discutida. No tipo intestinal há uma associação evidente com gastrite crônica atrófica (GCA) e metaplasia intestinal (MI), sendo o tumor constituído por glândulas mais ou menos diferenciadas, com escassa secreção de muco. O tipo difuso supõe-se que se origine em epitélio gástrico sem lesões prévias e que fatores genéticos sejam importantes; é relativamente mais frequente nas populações de baixo risco, não apresenta relação nítida com GCA e MI e é formado por células isoladas, com tendência a produzir e acumular muco intracelular. A MI é considerada uma lesão pré-cancerosa gástrica, que está associada à GCA, como resultado adaptativo a uma agressão prolongada à mucosa gástrica derivada de alimentos ou infecção por *H. pylori* (BRASILEIRO FILHO, 2011).

A infecção por *H. pylori* associa-se com o aumento do risco para AG, tanto do tipo intestinal como difuso. O desenvolvimento do AG, induzido pela infecção do *H. pylori*, compreende um processo contínuo e evolutivo em longo prazo, por meio de uma sequência de lesões pré-cancerosas e alteração histopatológica na mucosa gástrica, incluindo gastrite crônica até gastrite atrófica, metaplasia intestinal, displasia e neoplasia. Na gastrite associada à infecção, há aumento do índice de apoptose, em especial no colo das glândulas gástricas, o que pode contribuir para atrofia da mucosa e redução da secreção cloridropéptica (SILVA, et al., 2008; MULLER, ET AL. 2007.)

O AG é doença geralmente assintomática ou com manifestações inespecíficas, diagnosticada quase sempre na fase avançada, quando surge perda de peso, anorexia, intolerância a carne, dor, anemia, hemorragia digestiva e vômito. Seja qual for o tipo histológico, a neoplasia se infiltra na parede gástrica e, à medida que se aprofunda, aumenta a probabilidade de metástases e reduz-se a taxa de sobrevivência de cinco anos. O AG invade estruturas vizinhas por continuidade ou contiguidade, estendendo-se ao peritônio, duodeno, esôfago, omentos, pâncreas e cólon transversal.

O prognóstico depende de fatores como profundidade da invasão e tipo histológico. O estadiamento do AG é feito pelo sistema TNM, que se baseiam na combinação do grau

de infiltração neoplásica na parede gástrica (T – Tumor), metástases em linfonodos (N) e metástases à distância (M) (BRASILEIRO FILHO, 2011).

Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) originam-se das células intersticiais de Cajal e consistem na neoplasia mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal (OLIVEIRA, ET AL. 2011). A célula intersticial de Cajal é responsável pela motilidade intestinal. Tais células expressam o receptor kit, que é um receptor tirosina-quinase transmembrana, responsável por diversas funções celulares, entre as quais proliferação, adesão, apoptose e diferenciação celular (OYANEDEL, ET AL. 2005; VIANA, ET AL. 2012). O c-KIT é um marcador específico e sensível das células de Cajal. Mutações que ocasionam a ativação dos receptores tirosina-quinase deflagradas pelo proto-oncogene KIT desenvolvem a neoplasia mesenquimal (GIST) ao desencadarem estímulo para a proliferação celular continuada e resistência a apoptose (BÓRQUEZ; NEVEU, 2008).

Para avaliação da evolução e do comportamento biológico, consideram-se as dimensões do tumor e o número de mitoses, tendo assim classificações de risco de malignização divididos em: (a) risco muito baixo, (b) risco baixo, (c) risco intermediário e (d) alto risco (BRASILEIRO FILHO, 2011).

Os linfomas do tecido linfóide associado à mucosa (MALT – *mucosa-associated lymphoid tissue*) são tipos específicos de linfomas não-Hodgkin dos podem ser classificados quanto à sua origem como nodais (originários dos linfonodos) ou extra-nodais (local de origem em outros órgãos linfoides ou fora dos linfonodos), caracterizando assim o trato gastrointestinal o local mais comum dos linfomas extra-nodais, sendo o estômago o local que mais apresenta o desenvolvimento do linfoma MALT, tal tipo de linfoma gástrico pode estar relacionado à presença da *Helicobacter pylori* e *Helicobacter heilmanni* como possíveis agentes etiológicos (YAMASHITA, et al., 2012).

Como não há a presença de tecido linfóide no estômago normal essa inexistência é considerada paradoxal para alguns autores que o sítio mais comum do MALT seja no estômago, embora a explicação da existência do linfoma MALT associado à bactéria *H. pylori* foi observado há quase duas décadas, verificando que ao estabelecimento da infecção crônica desse microrganismo estava relacionada ao desenvolvimento do MALT adquirido no estômago (COSTA et al., 2010; ISAACSON; DU, 2004).

Os linfomas de células B extra-nodais tem sido os mais comumente estudados devido a sua prevalência no aparelho gástrico. A essa constatação é analisado o fato de que

todo o trato gastrointestinal é mais vulnerável, pois estas em contato direto com o ambiente externo do qual tem diversos antígenos que geram por sua vez resposta imunitária. O tecido linfoide associado à mucosa conta com dois tipos essenciais de células: linfócitos T e B. Tais linfócitos quando induzidos a resposta imunológica para antígenos como a *H.pylori* sofrem a ação crônica desta que leva principalmente os linfócitos B à diferenciação e multiplicação celular características do câncer, fazendo assim com que ocorra o infiltrado destas células linfoides mutantes a mucosa gástrica (MOREIRA, 2011; BRASILEIRO FILHO, 2011; YAMASHITA, et al., 2012).

A incidência do MALT gástrico está intimamente ligada às taxas de infecções por *H.pylori* sendo que, cerca de 50% dos linfomas encontrados no estômago são do tipo MALT, e em 20% dos casos o linfoma gástrico ulcera e pode causar hemorragia (MOREIRA, 2011; BRASILEIRO FILHO, 2011.).

CONCLUSÕES

Apesar do declínio nos índices epidemiológicos, o câncer de estômago ainda é um dos mais incidentes no mundo, representando um importante problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento. Podemos dizer também que a prevalência do câncer gástrico reflete o perfil socioeconômico de alguns países, uma vez que este está relacionado a condições socioeconômicas menos favoráveis.

A prevenção e o diagnóstico precoce são ferramentas importantes de combate ao câncer, que leva a índices de cura elevados. Torna-se fundamental o monitoramento da morbidade, através de programas e ações necessárias ao conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbidade da população, para a criação de estratégias melhores de prevenção, diagnóstico e tratamento.

REFERENCIAS

ABIB, A. R.; OLIVEIRA, I. M.; KOIFMAN, S. *Histopatologia do câncer de estômago (classificação de Lauren) em amostra de pacientes hospitalares no Rio de Janeiro, 1980-1995*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, p. 99-104, 1997.

American Cancer Society. *Como o câncer de estômago é encenado?*. 2016.

ARREGI, Miren Maite Uribe, et al. **Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estomago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período de 2000-2004.** Rev Bras Cancerol, v. 55, n. 2, p. 121-8, 2009.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo - Patologia.** 8. ed. Rio de Janeiro: Geri, Guanabara Koogan, 2011.

BÓRQUEZ, P.; NEVEU, R. **Tumores do estroma gastrointestinal (GIST), um tipo particular de neoplasia.** Rev Med Chile 2008; 136: 921-929.

CÉSAR, A.C.G.; SILVA, A.E.; TAJARA, E.H. **Fatores genéticos e ambientais envolvidos na carcinogênese gástrica.** Universidade Estadual Paulista – UNESP, São José do Rio Preto, SP. V. 39 No.4 out./dez. 2002.

INCA, (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). **Incidências de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ, 2016.

MOREIRA, António Miguel dos Anjos. **Linfoma MALT gástrico e infecção por Helicobacter pylori.** 2011.

MULLER, L.B.; FAGUNDES, R.B.; MORAES, C.C.; RAMPAZZO, A. **Prevalência da infecção por helicobacter pylori e das lesões precursoras do câncer gástrico em pacientes dispépticos.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. V.44 – No.2 – abr./jun. 2007.

OLIVEIRA, L.R.P.; PACE, F.H.L.; SOUZA, A.F.M. **Tumores estromais de trato gastrointestinal: revisão da literatura.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 247-255, abr./jun. 2011.

OYANEDEL, R.; O'BRIEN, A.; PIZARRO, A.; ZAMORA, E.; MENIAS, CHISTINE. **Tumor estromal gastrointestinal (GIST): formas de presentación.** Rev Chil Radiol 2005; 11(1):13-18.

SILVA, MR.; SAMPAIO, A.; ALMEIDA, A.; BALSEIRO, S.; SANTOS, P.; CARVALHO, L. **Identificação dos polimorfismos dos genes IL1B, IL1RN e TNFA na gastrite crônica associada à infecção por helicobacter pylori e no carcinoma gástrico.** GE - J Port Gastreterol 2008; 15: 8-14.

VIANA, K.C.M.; PADILHA, S.L.; FERRONATTO, B.R.; URATANI, L.F.; ALMEIDA, S.A.S.; NETO, J.Z. **Tumor estromal gastrointestinal: experiência no tratamento da doença localizada e avançada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012;

PLANTAS MEDICINAIS E SEUS CONSTITUINTES BIOATIVOS: UMA REVISÃO DA BIOATIVIDADE E POTENCIAIS BENEFÍCIOS DESTAS PLANTAS UTILIZADAS NO TERRITÓRIO DE IRECÊ BAHIA

Morganna Thinesca Almeida Silva¹; Joseneide Alves de Miranda¹; Ivania Batista de
Oliveira Farias¹; Mabel Sodré Costa Sousa¹

¹Docentes em Faculdade Irecê - FAI / morgannafarma@hotmail.com

RESUMO

Em todo o Brasil a utilização de plantas medicinais e produtos naturais ainda são frequentes com a presença de "raizeiros" apesar da grande influência da globalização e das tecnologias, bem como o número crescente de farmácias na região. Acredita-se que 90% da população do Nordeste brasileiro recorrem às plantas como tratamento de suas patologias. Desta forma, é relevante estudar a utilização destas num território que abrange aproximadamente setenta e cinco mil habitantes. Relatar quais são as principais espécies de plantas medicinais que estão sendo utilizadas no território de Irecê e estudar a da bioatividade e potenciais benefícios destas. Realizou-se o levantamento de espécies vegetais usadas na medicina popular, através de questionários em municípios, e sede, que compõem a microrregião de Irecê. Posteriormente a partir dos dados coletados foi feita uma revisão da literatura Foram aplicados questionários nas cidades que compõe o território de Irecê, e os resultados mostraram que as principais espécies utilizadas como medicinais com seu nome científico e sua indicação de uso são: Manjerição/Alfavaca, *Ocimum basilicum*, utilizada como Antiinflamatória; Erva-cidreira, *Melissa officinalis*, para estomatites e ansiedade; Capim santo, *Cymbopogon citratus*, indicado como digestivo e analgésico; Hortelã-pimenta, *Mentha piperita*, antiinflamatória e analgésica; Alecrim, *Rosmarinus officinalis*, para aumentar a imunidade; Boldo, *Peumus boldus* e Umburana, *Commiphora leptophloeos*, indicadas para indigestão; Poejo, *Mentha pulegium*, utilizada como expectorante. Os entrevistados são detentores de informações acerca do uso das plantas medicinais, fato este comprovado por dados da literatura que utilizam identificação etnofarmacológica para os mais diversos tratamentos.

Palavras-chave: Plantas medicinais, Etnofarmacologia, Irecê

INTRODUÇÃO

A utilização de plantas medicinais e seus constituintes bioativos é uma técnica rudimentar de prestação de alívio ou cura de patologias e essa forma de terapêutica é apresentada por dados da literatura como utilizada muito antes do surgimento das primeiras civilizações até mais de cinco milênios ao redor do globo (SAMUELSSON, 2004; DANTAS, 2007). Estes tratamentos tradicionais foram utilizados inicialmente em sua

forma bruta de drogas vegetais, tais como tinturas e alcolaturas, infusos e decoctos, emplastos, pós, e outras apresentações à base de plantas (BALICK, COX, 1997; SAMUELSSON, 2004)

Nos últimos anos a relevância do uso de plantas medicinais e fitoterápicos teve um aumento significativo dentre cientistas, usuários e serviços de saúde, desta forma, através de levantamento de dados a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta dados de que 85% da população de países em desenvolvimento usam plantas medicinais ou preparações destas (ROSA, 2011; SOUZA 2013).

Por um longo tempo, os únicos medicamentos disponíveis para a humanidade foram os extratos de plantas medicinais, inclusive acredita-se que atualmente 90% da população do Nordeste brasileiro recorrem às plantas como tratamento de suas patologias e que os “raizeiros” normalmente exercem seus conhecimentos sobre produtos naturais ao longo de muitos anos. Desta forma faz-se relevante trabalhos que contemplem o conhecimento tradicional (DIEGUES, 2000; DANTAS, 2007; SOUZA 2013)

Embora, nos dias atuais, tem-se aumentado o interesse em pesquisas sobre produtos naturais, estes dados ainda são pouco explorados pela literatura (GULLO, HUGHES, 2005), uma gama de trabalhos e revisões foram escritas e demonstram a importância de metabólitos de fontes naturais para tratar patologias, bem como o papel altamente significativo que os produtos naturais possuem no processo de síntese e desenvolvimento de novos fármacos (NEWMAN et al., 2003).

METODOLOGIA

Os dados do presente trabalho apresentam caráter qualitativo e quantitativo, pois foram coletados inicialmente utilizando-se questionários que foram aplicados a pessoas que detinham conhecimento sobre o uso de plantas medicinais no território de Irecê. Posteriormente, utilizando a literatura de portais eletrônicos como: Scielo, Science Direct, PubMed, Lilacs e Google acadêmicos foi feito um levantamento de dados e características que as principais plantas utilizadas neste território apresentariam como bioatividade e

potenciais benefícios. Como descritores foram utilizados: Plantas medicinais, Etnofarmacologia, Irecê, Raizeiros e cada uma das espécies mais utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território de Irecê abrange em torno de dezenove municípios (CGMA, 2015), sendo que dados do último Censo (2016) mostram que este território apresenta uma área de 319,174 Km² com uma população estimada em 2017 de aproximadamente setenta e cinco mil pessoas (IBGE, 2017).

Desta forma, descrever e compreender os aspectos da saúde desta população faz-se relevante, pois o uso de plantas medicinais é feito de forma que previne a doença e promove a saúde através de tratamentos. Assim os resultados da pesquisa através dos questionários mostraram que as principais espécies utilizadas como medicinais com seu nome científico e sua indicação de uso estão descritos na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Principais espécies utilizadas como medicinais com seu nome científico e sua indicação de uso no território de Irecê.

NOME POPULAR	NOME DA ESPÉCIE	DESCRIÇÃO DE USO
Manjerição/Alfavaca	<i>Ocimum basilicum</i>	Antiinflamatória
Erva-cidreira	<i>Melissa officinalis</i>	Tratamento de estomatites e ansiedade
Capim santo	<i>Cymbopogon citratus</i>	Carminativo, digestivo e analgésico
Hortelã-pimenta	<i>Mentha piperita</i>	antiinflamatória e analgésica
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>	aumentar a imunidade
Boldo	<i>Pneumus boldus</i>	indigestão
Umburana	<i>Commiphora leptophloeos</i>	indigestão

Dados da literatura mostram que o Manjerição/Alfavaca (*Ocimum basilicum L.*), é uma espécie de origem indiana, que tem sido amplamente utilizada em muitas culturas como digestivo, antimicrobiano e antiespasmódico (MARTINS et al., 2000), sendo esta planta comercializada e utilizada como aromatizante ou tempero (BLANK et al., 2005).

Enquanto que os óleos essenciais de Alecrim (*Rosmarinus officinalis*), apresenta pesquisas comprobatórias quanto a sua atividade fungicida e fungistática, anti-inflamatória e broncodilatadora, sugerindo um uso para tratamento de doenças infecciosas e algumas parasitárias. Sendo os componentes majoritários do óleo de alecrim o α -pineno e 1,8-cineol (SOLIMAN, 1994; JUERGENS, 2003).

Além destas plantas ainda tem pesquisas desenvolvidas sobre o Boldo (*Pneumus boldus*) e Umburana (*Commiphora leptophloeos*) mostram que óleos essenciais destas espécies apresentam atividade antimicrobiana. As folhas de boldo apresentam alcalóides do tipo boldina (O'BRIEN et al., 2006) e flavonoides com potencial efeito antioxidante (QUEZADA et al., 2004). Enquanto a Umburana medicina popular tem suas cascas do caule utilizadas na fabricação de "lambedôs" para tratamento de doenças respiratórias (LEAL, 1995). Sendo que estudos demonstram atividade antiinflamatória, broncodilatadora e analgésica para o extrato hidroalcoólico relacionada compostos fenólicos e cumarinas (LEAL 1997; LEAL 2003).

Outra Planta medicinal amplamente utilizada é o Capim santo (*Cymbopogon citratus*) que apresenta óleos essenciais que podem ser variáveis conforme a diversidade genética, o habitat e os usos culturais (INNECCO et al., 2003) sendo que estudo de suas propriedades farmacológicas tem demonstrado atividade calmante, sedativa, carminativa, repelente de insetos e antiulcerogênica (SOUSA et al., 2004). E a Hortelã-pimenta (*Mentha piperita*) apresenta como principais constituintes óleos essenciais (mentol, isomentona), ácidos orgânicos e sitosterol tendo efeito sobre afecções estomacais e intestinais e atividade espasmolítica (SOUSA et AL., 2004).

Por fim, a *Melissa officinalis* conhecida como Erva-cidreira que é uma erva perene, originária do Sul da Europa tem como constituintes químicos principais os taninos e os óleos essenciais, com característica citral (MARTINS et al., 2000). E apresenta atividade sedativa, ansiolítica (baixa atividade) e indutora de sono (SADRAEI et al., 2003).

CONCLUSÃO

A OMS tem estimulado a utilização de plantas medicinais nos programas de atenção primária de saúde na tentativa de minimizar os custos dos programas de saúde pública e ampliar o número de benefícios, principalmente nos países em desenvolvimento (MATOS, 1997) o que tem incentivado pesquisas do tipo etnobotânicas e etnofarmacológicas

Esta pesquisa de caráter etnofarmacológica mostrou que os entrevistados são detentores de informações acerca do uso das plantas medicinais, fato este comprovado por dados da literatura que utilizam este método de identificação para os mais diversos tratamentos. Porém, faz-se necessário compreender a atividade farmacológica de cada uma

destas plantas já utilizadas, sugerindo mais estudos que comprovem as suas respostas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

DANTAS, I.C. *O raizeiro*. 1 ed. Campina Grande: EDUEP, 2007

DIEGUES, A.C. Etnoconservação da natureza: enfoques alternativos. In: DIEGUES, A.C. (Ed.) Etnoconservação: novos rumos para a proteção da natureza nos trópicos. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

GULLO, V. P.; HUGHES, D. E. Exploiting new approaches for natural product drug discovery in the biotechnology industry, *Drug Discovery Today: Technologies*, p. 281-286, v. 2, n. 3, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v4 2.13, 2017

INNECCO, R.; CRUZ, G. F.; VIEIRA, A. V.; MATTOS, S. H.; CHAVES, F. C. M. Espaçamento, época e número de colheitas em hortelã-rasteira (*Mentha x villosa* Huds). *Revista Ciência Agronômica*, v. 34, n. 2, p. 247-251, 2003.

LEAL, K. A. M.; MATOS, M. E.; MATOS, F. J. A.; RIBEIRO, R. A.; FERREIRA, F. V.; VIANA, G. S. B.; *Phytomedicine* 1997.

LEAL, L. K. A. M.; NECHIO, M.; SILVEIRA, E. R.; CANUTO, K. M.; FONTENELE, J. B.; RIBEIRO, R. A.; VIANA, G. S. B.; *Phytother. Res.* 2003, 17, 335 Leal, L. K. A. M.; Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Brasil, 1995.

MARTINS, E.R. et al. Plantas medicinais. 3.ed. Viçosa: Editora UFV, 2000. 220p. BLANK, A.F. et al. Influência da adubação orgânica e mineral no cultivo de manjerição cv. Genovese. *Revista Ciência Agronômica*, v.36, n.2, p.175-8, 2005.

MARTINS, E.R. et al. Plantas medicinais. Viçosa: UFV, 2000

MATOS, F.J. de A. O formulário fitoterápico do professor Dias da Rocha: informações sobre o emprego na medicina caseira, de plantas do Nordeste, especialmente do Ceará/ 2. Ed. F. J. de Abreu Matos, Ed. Fac-sim. – Fortaleza: UFC, 1997.

NEWMAN, D. J.; CRAGG, G. M.; SNADER, K. M. Natural products as sources of new drugs over the period 1981-2002, *J. Nat. Prod.*, p. 1022-1037, v. 66, n. 7, 2003.

O'BRIEN P, CARRASCO-POZO C, SPEISKY H. Boldine and its antioxidant or health-promoting properties. *Chem Biol Interactions* 159, 2006

QUEZADA N, ASCENCIO M, DEL VALLE JM, GOMEZ B. Antioxidant activity of crude extract, alkaloid fraction and flavonoid fraction from boldo (*Peumus boldus* Molina) leaves. *J Food Sci.* 2004.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 311 - 318, 2011.

SADRAEY, H.; GHANNADI, A.; MALEKSHAHI, K. Relaxant effect of essential oil of *Melissa officinalis* and citral on a rat ileum contractions. *Fitoterapia*, v.74, 2003.

SOLIMAN, F.M.; EL-KASHORY, E.A.; FATHY, M.M.; GONAIID, M.H. Analysis and biological activity of the essential oil of *Rosmarinus officinalis* from 208 B.CEPPA, Curitiba, v. 19, n. 2, jul./dez. 2001 Egypt. *Flavour and Fragrance Journal*, v. 9, n. 1, p. 29-33, Jan./Feb. 1994.

SOUSA MP, MATOS MEO, MATOS FJA, MACHADO MIL, CRAVEIRO AA. Constituintes químicos ativos e propriedades biológicas de Plantas Medicinais Brasileiras, Ed. UFC, 2004

SOUZA, C.M.P et al . Utilização de plantas medicinais com atividade antimicrobiana por usuários do serviço público de saúde em Campina Grande - Paraíba. *Rev. bras. plantas med.*, Botucatu , v. 15, n. 2, 2013 .

O TRABALHO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Vanessa Conceição da Cruz¹, Marilva Batista Cavalcante²

¹ Aluna do I Semestre de Enfermagem- FAI

² Mestre em História Regional e Local UNEB- Professora de Fundamentos Socioantropológicos.

RESUMO

O presente trabalho aborda a incidência cada vez maior das patologias que mais acometem os trabalhadores no exercício de suas atividades laborais, em um contexto demarcado pelas exigências de um sistema socioeconômico que dita a ordem e a vez do capital. Nessa perspectiva, serão enfatizadas patologias que atingem os servidores bancários, no sentido de compreender possíveis fatores que desencadeiam tal questão, bem como possibilidades para amenizar esses danos.

Palavras-chave: saúde; trabalhadores; patologias.

INTRODUÇÃO

O trabalho se constitui uma atividade essencial no provimento do sustento e dignidade do homem, refletindo diretamente em sua saúde de forma integral. Essa questão historicamente tem desencadeado um aumento significativo no número de doenças ocupacionais adquiridas nos ambientes de trabalho, sendo por muitas vezes, seja pelos trabalhadores ou pelo setor patronal, despercebidas ou silenciadas. A pressão em cumprir metas no caso dos servidores bancários e garantir as respostas que o mercado de trabalho desse setor exige, se constitui enquanto fator condicionante ao desencadeamento de doenças laborais, que podem incapacitar ou comprometer a condição saúde-doença do trabalhador, bem como implica na qualidade do serviço prestado pelo mesmo.

METODOLOGIA

Esse resumo é baseado em um estudo bibliográfico, pautado em obras de autores que estudam as patologias do mundo do trabalho, visando identificar e problematizar causas e possíveis ações que possam amenizar e/ou evitar seu desenvolvimento. Cabe salientar, que a escolha e pesquisa da patologia foram sendo desenhada ao longo da

pesquisa, ora vista a opção da atividade bancária, ter sido fomentada no primeiro momento do trabalho

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A sociologia é a ciência que se empenha em compreender a sociedade, se propondo a analisar a organização, interação, e os fenômenos sociais que ocorrem com frequência em múltiplos contextos produzindo e reproduzindo anomias sociais e sugerindo respostas as questões que contempla (MARTINS: 2006). Esta ciência abrange varias áreas, destacando-se entre estas questões que relacionam o mundo do trabalho, as exigências da dinâmica do sistema capitalista e suas repercussões diretas na vida dos trabalhadores e do serviço que prestam a sociedade.

Marx e Durkheim buscaram retratar as relações de trabalho, da luta de classes, da vida do trabalhador e as relações sociais, destacando a Revolução Industrial da na Inglaterra, no século XVIII, como principal marco dessa questão, pois ao operacionalizar o trabalho a partir da ação das máquinas para atender as exigências de uma população crescente e consumista, foi transformando as relações de trabalho e atribuindo uma nova dinâmica ao papel do trabalhador.

Devido à demanda de grande produção, passaram a visar o aumento dos lucros com base na redução dos custos de produção, e conseqüentemente com o incentivo ao consumo exagerado. Surge assim o capitalismo, um sistema que divide a sociedade em duas classes: os detentores do poder e dos meios de produção e a classe dos trabalhadores operários, que de fato provê a produção. Essa relação empregado e patrão hoje se configura em uma relação de dependência por parte do trabalhador, que por necessitar do emprego para prover o sustento de sua família, vende sua força de trabalho em troca de um salário mensal.

Os trabalhadores contam com os sindicatos que tem como objetivo principal assegurar, organizar e defender os direitos desta classe, orientando os trabalhadores quanto às condições adequadas de trabalho, para que estes não sejam submetidos a condições exploratórias: quanto a jornadas de trabalho abusivas, salários defasados, acúmulo de função, locais de trabalho inadequado, com estruturas precárias, dentre outras demandas.

Com base em pesquisas bibliográficas, pode-se observar que a classe dos trabalhadores bancários, esta entre as mais atingidas por patologias relacionadas à sua atividade laboral. Isso decorre do fato desses colaboradores estarem expostos a um ambiente financeiro/trabalho, onde o lucro é o principal objetivo em detrimento a saúde dos funcionários.

A categoria bancária é uma das que mais adoecem no país e os transtornos mentais estão entre os mais frequentes motivos. Também se inclui a LER – lesão por esforço repetitivo, como doenças que mais acometem os bancários. Para a psicóloga Renata Paparelli, professora e supervisora de estágios de Saúde do Trabalhador do curso de Psicologia da PUC-SP, esse adoecimento é causado por conta do assédio organizacional.

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento de episódios depressivos em vários estudos em diferentes países. Alguns estudos comparativos controlados têm mostrado prevalências maiores de depressão em digitadores, operadores de computadores, datilógrafas segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil em sua publicação do manual (Doenças relacionadas ao trabalho) 2001.

Ler (Lesão por esforço repetitivo) é causado por mecanismos de agressão, que vão desde esforços repetidos continuamente ou que exigem muita força na sua execução, até vibração, postura inadequada e estresse. Tal associação de terminologias fez com que a condição fosse entendida apenas como uma doença ocupacional, e que existem profissionais expostos a maior risco: pessoas que trabalham com computadores, em linhas de montagem e de produção ou operam britadeiras, assim como digitadores de acordo com o portal da saúde.

Pode-se notar que o trabalhador que é atingido por doenças adquiridas sem seu local de trabalho não recebe a assistência necessária para sua recuperação. É muito comum

que essas doenças sejam encaradas por parte dos administradores, como corpo mole do funcionário para não trabalhar.

Os trabalhadores que desenvolvem essas duas principais patologias, ficam impossibilitados muitas vezes de desempenhar suas atividades cotidianas, prejudicando sua vida social por impossibilitá-lo de ser independente. O uso de medicações constantes se torna uma dura rotina para levar uma vida mais confortável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é fidedigna a necessidade de que os trabalhadores tenham consciência dos riscos a que são expostos todos os dias, e não se deixem explorar. A criação de campanhas de conscientização é importante, os trabalhadores precisam saber como se prevenir, por exemplo, com alongamentos entre as jornadas de trabalho e acompanhamento periódico com equipes multidisciplinar incluindo psicólogos. Os colaboradores não devem ser tratados como máquinas de fazer dinheiro.

REFERENCIAS

MARTINS, Carlos Benedito. O que é sociologia. São Paulo: Brasiliense, 2006.

<http://www.portalsaude.net/doencas/lerdort-lesao-por-esforco-repetitivo-cid-10-z57-9>

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf

Revista Proteção. Doenças ocupacionais